

ADRIANA CAMPOS DE CERQUEIRA LEITE

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, Área de Saúde Mental da aluna **Adriana Campos de Cerqueira Leite**.

Campinas, 18 de março de 2002.

Prof. Dr. Mário Eduardo Costa Pereira
Orientador

***EM BUSCA DO SOFRIMENTO HISTÉRICO:
A HISTERIA E O PARADIGMA DA MELANCOLIA.***

CAMPINAS

2002

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE**

ADRIANA CAMPOS DE CERQUEIRA LEITE

**EM BUSCA DO SOFRIMENTO HISTÉRICO:
A HISTERIA E O PARADIGMA DA MELANCOLIA**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para a obtenção do título de
Doutor em Ciências Médicas, área de Saúde Mental.*

ORIENTADOR: PROF. DR. MÁRIO EDUARDO COSTA PEREIRA

CAMPINAS

2002

iii

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

UNIDADE RO
Nº CHAMADA T/UNICAMP
L536e
V _____ EX _____
TOMBO BC: 50297
PROC 16.837/02
C _____ D^x _____
PREÇO R\$ 11,00
DATA 13/08/02
Nº CPD _____

CM00171929-5

BIB ID 250728

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

~~02886~~
L536e

Leite, Adriana Campos de Cerqueira.

Em busca do sofrimento histórico: a histeria e o paradigma da melancolia / Adriana Campos de Cerqueira Leite. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

Orientador : Mário Eduardo Costa Pereira.

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. histeria. 2. melancolia. 3. psicoterapia. 4. psicanálise. I. Mário Eduardo Costa Pereira e Pierre Fédida. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Mario Eduardo Costa Pereira

Membros:

- 1. Ana Cleide Guedes Moreira**
- 2. Luiz Carlos Tarelho**
- 3. Paulo Roberto Borges Seccarelli**
- 4. Manoel Tosta Berlinck**
- 5. Mario Eduardo Costa Pereira**

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, área de concentração em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 18/03/2002

DEDICATÓRIA

Aos meu pais, que com amor me fizeram querer experimentar e pensar.

Ao Sergio, pelo amor e apoio e a Laura, meu maior estímulo e minha maior alegria.

Em memória do meu querido Bob.

AGRADECIMENTOS

Durante os últimos anos, muitas foram as pessoas que estiveram comigo e que participaram, de diferentes formas, na realização deste projeto. A possibilidade de expressar-lhes aqui minha gratidão deixa-me muito feliz, ainda que inevitavelmente, algumas das pessoas presentes no meu coração não estejam mencionadas. A elas, também, o meu "muito obrigada".

Ao Prof. Dr. Mário E. Costa Pereira, orientador desta pesquisa, agradeço por me ensinar novas formas de pensar, pelo acompanhamento seguro, generoso e, sobretudo, por continuar acreditando quando eu ameaçava desacreditar.

Ao Prof. Dr. Pierre Fédida, agradeço a acolhida no Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise da Universidade de Paris VII, a possibilidade de assistir aos seus seminários nos quais muito aprendi, e suas contribuições efetivas e valiosas para a construção deste trabalho.

Sergio, meu marido, fez muito além de me dar seu amor e apoio. Dividiu, mesmo não podendo estar lá, o sonho do ano na França, suportando, ao mesmo tempo ficar longe de nossa filha e a minha própria ausência. Com ele divido toda a alegria e o mérito que este trabalho possa ter.

Laura, minha filha, grande companheira, tornou minha vida — particularmente o período francês — muito mais rico e alegre. É ela quem faz as coisas valerem a pena.

Agradeço à minha mãe, Fausta, pelo seu amor, por ter-me transmitido a sua coragem, dando-me a certeza das possibilidades e pelo seu apoio valioso em todas as frentes. Sem ela este projeto teria sido muito difícil. Ao meu pai, Marcio, que com amor me transmitiu o seu jeito entusiasmado e otimista de ver o mundo, agradeço o apoio na edição deste trabalho. À Verrô, minha irmã, agradeço a cumplicidade alegre.

Ruth e Rogério Cerqueira Leite merecem minha gratidão pelo apoio carinhoso e por me receberem como só eles sabem fazer.

A Luciana Portella, minha amiga, comadre e cúmplice de todas as horas com quem divido tantos sonhos há tanto tempo. A ela e Renato agradeço a amizade.

Muitos amigos participaram de perto acompanhando passo a passo meu trabalho tornando tudo mais leve e gostoso com sua presença. Agradeço especialmente a Ana Cristina Banzato, Maria Emília Nielsen, Heloísa Fávero, Kiki e Ricardo A. Ferreira, Eloísa e Renato Celeri, Cecília e André Camarão e Alicia Lisondo.

O período francês trouxe muito mais do que era esperado. As boas surpresas eu devo aos amigos queridos, Elza Frazão, Claire Wynter, Adriana e Jayme Brito, Cathy Aldebert, Félicie Seurin, Ana Luísa e Neio Boechat, Luísa Pereira e Jean-Jaques Berdah.

Martha Prada e Silva assim como Juan-David Nasio — em diferentes momentos e cada um ao seu modo — abriram-me muito mais horizontes do que os da psicanálise.

Sônia Rezende, Joyce Mc Dougall e José Outeiral, ao me supervisionarem, ampliaram minha escuta e minha condição de refletir sobre a clínica. Entre vários dos professores com quem tenho aprendido, agradeço especialmente, a Prof. Dra. Marie Claude Lambotte pela sua atenção e comentários preciosos na elaboração da pesquisa e ao Prof. Dr. Sérgio Arruda, orientador da minha dissertação de mestrado, que muito me ensinou.

Agradeço aos professores Luiz Carlos Tarelho, Paulo Cecarelli e Rubens Volich que ao participarem da banca de meu exame de qualificação ajudaram-me muito em um momento bastante inicial do trabalho. Suas sugestões foram valiosas para a definição do rumo do trabalho naquele momento.

Aos colegas e estagiários do Ambulatório de Psicoterapia Psicanalítica, agradeço por tudo que têm partilhado comigo. A Virgínia Grassi, Joyce Freire e Tatiana Assadi, colegas de percurso, agradeço pela interlocução fecunda e carinhosa e pela solidariedade sem tamanho nos momentos difíceis.

Meus pacientes, ao partilharem comigo suas paixões, alimentaram toda minha reflexão.

Finalmente, meus agradecimentos às instituições CAPES, CNPq, UNICAMP e Universidade de Paris VII por viabilizarem, na prática, este trabalho.

*O poeta é um fingidor.
Finge tão completamente
Que chega a fingir que é dor
A dor que deveras sente.*

*E os que lêem o que escreve,
Na dor lida sentem bem,
Não as duas que ele teve,
Mas só a que eles não têm.*

*E assim nas calhas de roda
Gira, a entreter a razão,
Esse comboio de corda
Que se chama o coração.*

Autopsicografia. Fernando Pessoa¹

¹ Pessoa, F. - "Autopsicografia ". In: _____. *Obra poética*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1995. pp. 164-165.

	PÁG
RESUMO	<i>xxi</i>
INTRODUÇÃO	25
SOBRE O MÉTODO	31
Sobre o uso da noção de paradigma.....	33
O que faz caso?.....	35
Últimas notas sobre o método.....	43
Como um guia do percurso.....	45
PARTE I – PRIMEIRA APROXIMAÇÃO DO OBJETO	49
Capítulo I – Demônios: de ontem e de hoje.....	51
“Uma neurose demoníaca do século XXI”.....	54
Capítulo II – Histeria recalcada.....	57
PARTE II – A HISTERIA NA PSICANÁLISE	71
Capítulo III – Freud e a histeria.....	73
A histeria na primeira tópica.....	73
As histéricas de Freud e a depressão melancólica.....	81
O abandono da neurótica.....	85
Regressão, auto-erotismo e narcisismo.....	92
Ferenczi e a regressão narcísica na histeria.....	97
As contribuições de Abraham.....	99

Capítulo IV – Rumo ao Feminino.....	103
Algumas notas sobre o complexo de Édipo em Lacan.....	112
O masoquismo e o feminino.....	118
Capítulo V – Os Traços da Histeria.....	125
A histeria na psicanálise hoje.....	136
PARTE III – DEIXANDO FALAR A CLÍNICA.....	143
Capítulo VI – Ana e seus esquecimentos.....	145
Que dor é essa?.....	151
Capítulo VII – Luísa: sem mãos e sem cabeça.....	159
A histeria e os estados-limite.....	175
Capítulo VIII – Rosa: Enterrar para nascer.....	183
“Oh, metade afastada de mim”.....	185
PARTE IV – O PARADIGMA DA MELANCOLIA.....	191
Capítulo IX – Construindo um Paradigma: A Melancolia.....	193
Porque não falar simplesmente em depressão quando se trata do contexto histórico?.....	193
A melancolia a partir da angústia.....	195
A melancolia por ela mesma.....	200
Luto e melancolia.....	206
Abraham: a fase oral e a melancolia.....	208
Capítulo X – “O Cemitério de fantasmas de clara”.....	215
PARTE V – CONCLUINDO.....	225
Capítulo XI – Discussão: Entre ter e ser, entre o nada e o vazio.....	227
Aberturas: a clínica e o sofrimento histérico.....	231
SUMMARY.....	233
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	237

Os títulos de obras quando aparecerem no corpo do texto aparecerão em itálico sem o uso de aspas bem como as citações de falas de pacientes. Em algumas partes do trabalho estas falas são numerosas e, assim, pretendemos tornar a leitura mais direta. Já as citações textuais de autores são feitas em formato itálico e entre aspas.

Os textos de Freud, com exceção das cartas a Fliess foram consultados na Edição Standart Brasileira. A referência completa à coleção é feita na primeira vez em que a obra é citada sendo que nas vezes seguintes o nome e data do artigo será seguido da abreviação "ESB" e acrescido da referência ao volume e página (s) do texto citado.

Todas as traduções em que o tradutor não estiver mencionado são de minha responsabilidade.

As referências bibliográficas obedecem às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) de agosto de 2000.¹

¹ ABNT- Associação Brasileira de Normas técnicas. *Informação e documentação - Referências - Elaboração*. NBR 6023:2000. Rio de Janeiro: ABNT, 2000. 22 p.
Santos, G.C. & Silva A.I.P. - *Normas para referências bibliográficas: conceitos básicos (NBR-6023/ABNT-1989)*. Campinas, SP: Unicamp/FE, 1995.



RESUMO

Os estudos sobre a histeria apontam - explícita ou implicitamente - a necessidade de ser determinado a natureza do que chamaremos neste trabalho de **o sofrimento histérico**. O desafio é tanto teórico quanto clínico, o que justifica a criação de modelos capazes de melhor apreender sua especificidade. Nossa hipótese é a de que a melancolia constitui um paradigma, eficaz do ponto de vista teórico e clínico, para a aproximação do que faz sofrer a histérica. Ainda que todo sintoma seja, como mostrou Freud, uma solução de compromisso e, portanto, contenha uma satisfação, isso parece mais evidente na histeria, o que provoca um descrédito em relação à sua dor.

A atualidade de uma discussão sobre a histeria é aqui debatida a partir das implicações clínicas do desaparecimento dessa categoria das classificações psiquiátricas atuais. A dimensão intersubjetiva do sintoma em psicopatologia bem como as implicações clínicas de uma abordagem operacional e pragmática que abandona a escuta da histeria são problematizadas. Faz-se, em seguida, um percurso pelos textos freudianos apontando-se, a partir deles, alguns de seus aspectos fundamentais: a associação entre histeria e feminino e a importância da regressão narcísica na histeria.

Alguns casos clínicos serão apresentados e certas questões relativas à hipótese destacadas. Além de permitir o esclarecimento do que se chama de **sofrimento** neste trabalho, as discussões clínicas permitirão ilustrar alguns traços históricos e a dificuldade experimentada pelo analista em deixar-se afetar por tal sofrimento. A partir do segundo e terceiro casos clínicos faz-se uma reflexão sobre as semelhanças e diferenças entre histeria e estados-limites para, finalmente, situar a dolorosa incompletude da histérica e seus meios para lidar com ela.

A quarta parte do trabalho visa à construção do paradigma da melancolia diferenciando, inicialmente, melancolia de depressão e justificando a escolha do primeiro termo. São revisitadas as elaborações freudianas acerca da melancolia e, a partir de um último caso clínico, a pertinência do modelo será, finalmente, demonstrada. Momentos de melancolização surgem freqüentemente nos tratamentos das mais diferentes patologias, o interesse que eles despertam aqui advém, porém, do caminho que eles apontam: a função paradigmática da melancolia. Na falência das defesas históricas em direção à conquista de uma posição feminina, algo da ordem de um “buraco hemorrágico” parece escavar-se.

O sujeito abandona a reivindicação incessante de ser amado incondicionalmente e a castração, até então contornada pelos mecanismos histéricos, passa a ser afirmada provocando um esvaziamento de sentidos e instalando a ameaça do nada. O melancólico, tendo sofrido o desaparecimento do Outro ao qual procurava identificar-se, identificou-se ao nada. O sujeito histérico resiste na sua insatisfação, afirmando não ter o que deseja, para não ver despedaçada sua frágil identificação narcísica.

A relação entre essas duas posições permitirá, uma nova abordagem do sofrimento histérico e seus efeitos no manejo clínico.

Em um momento de retraimento narcísico na histeria propõe-se diferenciar a vivência do nada, destruidor do reino da fantasia, do vazio que se associa ao feminino e que, suportado na transferência, pode constituir um espaço para a construção da metáfora e assimilação da ausência.



INTRODUÇÃO

A dor que eu sentia é tão grande que eu chorava sem sentir²

“Bela Adormecida”- Eu melhorei...o que está me incomodando são aquelas dores que eu falei para a senhora. Antes de dormir é que elas aparecem, não sei porque... Consultei a psiquiatra, ela me receitou diazepam para eu conseguir dormir e as dores acabaram.

“Fada madrinha”- Mas esse remédio é para dormir e não para a dor.

“Bela Adormecida”- Isso que não entendo, que eu gostaria de saber. Se não é para dor então, porque passa a dor?

“Fada madrinha”- Além do corpo, das pernas, o que mais dói em você?

“Bela Adormecida”- Nada, só isso.

Trata-se de uma moça de 30 anos em tratamento no Ambulatório de Psicoterapia Psicanalítica da Universidade Estadual de Campinas. Ela conta, em sua primeira entrevista com a psicóloga estagiária por quem é recebida, que esteve em *depressão muito profunda, como se estivesse desacordada....* Depois passou a ser medicada e, acordada pelos anti-depressivos, *de repente, um lado do corpo começou a ficar paralisado. Às vezes era da cintura para baixo e às vezes da cintura para cima.*

Esperando o beijo do príncipe que poderia despertá-la nossa *“Bela Adormecida”* consultava os médicos. *Os médicos não sabiam o que eu tinha.* Ela sofreu quatorze cirurgias. *Tive cisto no ovário, no útero, perto dos olhos, tudo eu tive que operar... São tantas cirurgias que, quando tive esse problema de paralisar, eu pedia para me operarem, já estava acostumada.*

Os períodos de paralisia lhe deram uma trégua durante a gravidez e recomeçaram logo depois do parto prematuro, que resultou no falecimento de sua filha duas horas depois de nascer. Do conto de fadas para a tragédia. É no velório da filha que *“Bela Adormecida”* sente *uma dor tão grande que chora sem sentir.*

² Agradeço à Juliana Furquim, estagiária do Ambulatório de Psicoterapia Analítica do H.C – Unicamp que gentilmente autorizou-me a utilizar esse material clínico.

Observamos no trecho da sessão acima transcrito, a dificuldade da histérica em tocar o outro com a sua dor paralisante. A impressão mais freqüente daqueles que a escutam é de que estão diante de alguém que finge sofrer, daí o desejo de desmascará-la.

Durante sua supervisão, a psicóloga de *“Bela Adormecida”*, recém iniciada na profissão de fada-psicanalista e ainda sem saber que para desfazer a maldição, *“Bela Adormecida”* precisaria de muitos anos de sonhos, dá-se conta de seu desejo de desmascarar a paciente. A observação sobre o efeito do tranqüilizante para as dores traz embutida a sugestão de que suas dores não eram verdadeiras. Do contrário, parece ter imaginado a terapeuta, porque elas passariam? Elas passavam, nos parece, quando ela adormecia e suas dores podiam, então, ser sonhadas.

A dificuldade da posição do analista diante de uma paciente como *“Bela Adormecida”* é acompanhá-la no seu sonho sem despertá-la bruscamente, sem tentar truques acreditando que ela finge que dorme e, ao mesmo tempo, não tomá-la como morta e desistir. A condição necessária é ser invadido pelos sonhos da paciente podendo figurá-los, ou dizê-los.

No conto de fadas³, no dia do batismo da princesa, depois de ter recebido de doze fadas os dons mais variados como presentes pelo seu nascimento, uma fada madrinha malvada aparece e, ofendida por não ter sido convidada, decreta que a princesa morreria ao completar dezesseis anos. Com a sorte que só as princesas têm, uma boa fada atrasada chega depois da maldição decretada e apesar de não ter poderes para desfazer completamente a maldição, a transforma. A princesa não morrerá, mas dormirá durante cem anos.

De fato, no dia de seu décimo sexto aniversário, ela descobre uma parte desconhecida de seu castelo e ao chegar lá se envenena picando o dedo com um fuso e adormecendo por cem longos anos. Depois de um longo período de sono e sonhos, um dia acorda e vê o príncipe ao seu lado. Juntos, serão felizes para sempre.

³ LA BELLE AU BOIS DORMANT. Paris: Éditions Gründ, 1999. Collection Le petit théâtre.

O tempo dos contos de fada sendo longínquo, as histéricas dos nossos tempos não dispõem de cem anos para sonhar. Por outro lado, as vantagens dos tempos modernos e da medicina moderna não lhes beneficiam muito. Não há procedimento investigativo, nem mesmo os mais modernos métodos da medicina nuclear, que possa localizar e curar sua dor.

Resta-lhes, portanto, quando elas não acordam por si mesmas em um tempo bem mais breve do que cem anos, buscar alguém com condições de escutar seus sonhos, acompanhar-lhes em suas visitas às partes há muito tempo não visitadas de seus castelos e, com sorte e muito trabalho, suportar e ajudar-lhes a encontrar palavras para dizer a sua dor.

Trata-se da travessia arriscada da menina para a mulher. Não podemos deixar de observar que, no conto de fadas, a data marcada para a realização da maldição era o aniversário de dezesseis anos de Bela Adormecida, um momento de passagem para a adolescência.

Pois bem, essa dor que não pode ser chorada, falada ou partilhada é por ela que nos interessamos, é dela que buscaremos nos aproximar neste trabalho.

A confrontação com situações-limite e de intenso sofrimento na clínica de pacientes histéricas nos propõe uma questão sobre o sofrimento e a dor na histeria. Não aquela que ela “finge” ter, mas a dor que ela “deveras sente”. A reflexão sobre essa questão e a tentativa de encontrar modelos para figurar o sofrimento histérico nos levam à melancolia. A imagem do “buraco hemorrágico”, da falta de possibilidades, a imagem de uma sepultura secreta, a desilusão, o vazio, o nada, constituíram-se em imagens fecundas, produzidas a partir de tentativas de elaboração metapsicológica impostas pela clínica, daí nascendo a hipótese que orienta nossa reflexão. Qual seja: a metapsicologia da melancolia pode constituir-se em um paradigma para uma aproximação do sofrimento na histeria.

Não pretendemos apontar momentos de melancolização em tratamentos de pacientes histéricas. Eles sem dúvida existem e já foram apontados por vários autores; a depressão na histeria não é um assunto novo e, como veremos adiante, Freud refere-se à depressão em quase todos os seus casos de histeria dos “Estudos...”. De fato, esses momentos de melancolização parecem atravessar a análise de muitos tipos de pacientes e não falam da especificidade do tratamento da histeria.

Não se trata aqui, portanto, de empreender uma comparação ou aproximação entre melancolia e histeria. O que nos interessa é iluminar a histeria e, particularmente, o sofrimento histérico, a partir de alguns aspectos da melancolia.

Os momentos de melancolização, presentes na clínica da histeria, levam-nos à elaboração de uma hipótese que pode auxiliar a escuta do sofrimento histérico quando a histérica quer dar a ver outra coisa. O sofrimento histérico fixado no corpo ou em um comportamento infantil costuma provocar rechaço entre aqueles que dele se ocupam. Dessa forma, aqueles que se ocupam da histeria encontram dificuldades em se deixarem afetar pelo sofrimento da histérica.

Essa é, segundo nosso ponto de vista, uma dificuldade importante para a clínica.



SOBRE O MÉTODO

SOBRE O USO DA NOÇÃO DE PARADIGMA.

A noção de paradigma, no subtítulo acima, merece algum esclarecimento. Embora esse termo remeta o leitor imediatamente ao uso dele feito por Thomas Kuhn⁴, tomaremos como referência o uso que Fédida faz dessa noção. Partindo da hipótese de que a cientificidade da psicopatologia depende da possibilidade de que suas teorizações façam “*com que modelos elaborados de maneira autóctone (em seu próprio campo de experiência e observação) funcionem epistemologicamente entre si, dispondo de uma capacidade intercrítica.*”⁵, o autor discutirá a eficácia teórico-técnica do paradigma “auto-erotismo-autismo”.

O desenvolvimento do tratamento de crianças autistas e os avanços conquistados nesse campo apontam para uma semelhança entre o autismo e outras configurações clínicas reconhecidas; notadamente algumas configurações observadas na clínica com pacientes neuróticos adultos. Esses pacientes revelariam, por vezes, “*verdadeiras zonas autísticas*” produzindo no analista uma série de imagens que nos remetem a fenômenos autísticos, entre outras, a de uma “*queda vertiginosa no corpo*” de uma “*reabsorção catastrófica*”, imagens sensoriais desacompanhadas de uma fala que possa descrevê-las.

Aproximemo-nos novamente de nossa hipótese tentando traçar um paralelo entre o método utilizado por Pierre Fédida para viabilizar sua hipótese e o nosso. Em nosso caso, observamos no tratamento de algumas pacientes histéricas momentos de melancolização – momentos, em geral silenciosos, em que **nada** parece fazer sentido e em que todas as possibilidades tornam-se impossibilidades - que nos permitem uma aproximação de seu sofrimento, como se suas feridas se abrissem. Então, aquele mesmo sofrimento que em outros momentos parece não poder afetar o analista chegando por vezes a deixá-lo tão impenetrável quanto a histérica, pode ser escutado.

⁴ Kuhn, T. – *La structure des révolutions scientifiques*. Paris: Flammarion, 1972.

⁵ Fédida, P. – “Auto-erotismo e autismo: condições de eficácia de um paradigma em psicopatologia.” In: _____. *Nome, figura e memória*. São Paulo: Escuta, 1992. p. 150.

Na verdade, sob essa condição a análise poderá produzir um novo saber sobre o padecimento daquele sujeito, ou seja, sob a condição de que aquele que o escuta seja afetado pelo sofrimento do paciente despertando um desejo de saber ou de tratamento.

Voltemos ao desenvolvimento da hipótese de Fédida. Dizer que certas síndromes como os distúrbios alimentares, as toxicomanias ou os distúrbios psicossomáticos, para citar algumas delas, remetem-nos imediatamente ao autismo não quer dizer que possamos empreender qualquer tipo de generalização nosográfica. Podemos, contudo, dizer que a observação analítica do autismo infantil constitui um modelo que viabiliza uma *“capacidade conceitual de percepção e de interpretação de processos segundo a inteligibilidade teórica produzida pelo autismo infantil”*⁶

Precisando o uso do autismo como paradigma, Fédida adverte que esta hipótese não contempla, por exemplo, a idéia de que uma adolescente anoréxica estaria desenvolvendo um autismo desprezado na primeira infância; nem tampouco contempla uma tentativa de aproximação da etiologia das duas patologias. O modelo do autismo faz, sim, avançar a reflexão de certos casos de anorexia esclarecendo *“os mecanismos de retração, de isolamento e de recusa alimentar a partir de uma auto-sensualidade conservadora, que elimina qualquer superfície de contato e de troca com os outros capaz de produzir a alteração”*⁷ e constituindo-se em um paradigma teórico-clínico.

De nosso lado, não estamos postulando uma semelhança etiológica entre as duas patologias, histeria e melancolia. Tampouco, estaremos falando de uma melancolia escamoteada por defesas históricas. Pretendemos sim, seguindo o modelo exposto no artigo de Fédida, sustentar que o modelo da melancolia possa constituir-se em um paradigma esclarecedor do sofrimento histórico, iluminando-o.

O paradigma, ainda segundo Fédida, não comprova sua eficácia por uma comparação semiológica mas, pela possibilidade de criação de novos instrumentos de pensamento e pela apreensão de implicações técnicas.

⁶ Ibid. p. 152

⁷ IBID.

A hipótese que orienta este trabalho é, como já dissemos, oriunda da clínica. A referência à clínica perpassa todo o texto implicitamente e, em alguns momentos, explicita-se na apresentação de alguns casos clínicos que têm, para nossa elaboração, um valor heurístico. Julgamos, portanto, que uma breve discussão sobre o estatuto do caso clínico em uma pesquisa psicanalítica cabe aqui.

O QUE FAZ CASO?

"Caso", segundo o dicionário Aurélio, é um acontecimento, ocorrência, ou ainda, eventualidade e hipótese. É disso que falaremos ao usarmos o termo caso: um acontecimento na clínica que faz surgir uma hipótese. O estatuto de ocorrência vem da perturbação de um processo, algo que faz relevo e que revela.

O método clínico, antes de ser um instrumento de pesquisa é uma prática. Essa prática, quando falamos de uma psicopatologia referida ao modelo metapsicológico é anterior ou simultânea à pesquisa. Sem pretender estabelecer algum tipo de hierarquia estamos simplesmente apontando que o caso clínico nasce do interior de uma prática, da situação analítica. Em psicanálise é a clínica que promove e, ao mesmo tempo, julga a validade de uma determinada construção teórica.

As coisas complicam-se um pouco mais quando pensamos na natureza da clínica e da técnica analítica com a qual trabalhamos. Não dispomos de instrumentos de investigação objetivos e a subjetividade é ao mesmo tempo nosso instrumento e nosso objeto. O funcionamento psíquico é conhecido a partir do próprio aparelho psíquico do pesquisador, ou seja, em psicanálise, objeto e sujeito estabelecem uma relação de extrema dependência, ou, de transferência.

A escolha do aspecto a ser pesquisado e, paralelamente, de todo o resto do funcionamento psíquico do sujeito que será negligenciado estará, obrigatoriamente, contaminada pela subjetividade do próprio pesquisador.

No nosso caso, gozamos de um privilégio. Nosso objeto de pesquisa, a histeria, conta com uma longa história. Muitos foram os autores que já se debruçaram sobre essa forma de padecimento psíquico. Isso nos permite iniciar com alguns *a priori*, com parte do caminho já percorrido, para oferecermos a nossa contribuição. Na medida em que o saber já constituído sobre a histeria puder nos ajudar na construção de nossa hipótese, ele será retomado. A contrapartida, é que muitas das concepções já existentes serão negligenciadas para não correremos o risco de permanecer no geral, sem avançar na especificidade da questão que propomos, a da natureza do sofrimento histérico.

Neste momento devemos fazer alguns esclarecimentos sobre o uso do caso clínico em uma pesquisa psicanalítica e diferenciar o uso da clínica para a pesquisa médica e psicanalítica. Assim, embora recorramos a importantes nomes da tradição médica, nossa intenção não é a de uma recuperação histórica do uso do caso clínico em medicina, mas a construção de uma argumentação em favor da necessidade de um estatuto específico do caso clínico para uma pesquisa em psicanálise.

“Tenho o sentimento de que não se conseguirá constituir a história das afecções históricas senão pelo estudo em separado de cada um dos grupos sintomáticos; somente após esse trabalho prévio de análise, poder-se-á reunir os fragmentos e recompor o todo da doença. Considerada em seu conjunto, a histeria apresenta uma quantidade excessiva de fenômenos individuais e incidentes aleatórios, para que o particular possa ser apreendido no geral.

Esse procedimento, mais do que questionável se aplicado a doenças limitadas em termos de tempo, de espaço e localizações e de modalidades dos fenômenos, encontra um uso legítimo nesse caso.”⁸

⁸ Lasègue, C. (1873) – “Da anorexia histérica.” in: Revista *Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: vol. I – n.º 3 – setembro de 1998 . p. 158. Artigo publicado em 1873 nos *Archives Générales de Médecine*. Apresentação à Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental por Costa Pereira, M.E.

Olhando para a histeria como psiquiatra que era, Charles Lasègue, em 1873, já falava de algumas particularidades da pesquisa sobre a histeria e, ainda que faltassem alguns anos para o nascimento da psicanálise, a importância dos casos singulares e da análise de diferentes aspectos do quadro de forma isolada já eram acentuadas pelo médico francês.

Entretanto, como salienta Humery⁹, o caso clínico a essa altura havia perdido uma das pontas do triângulo proposto por Hipócrates, muito tempo antes do nascimento da psiquiatria, quando a medicina era uma só. O triângulo hipocrático seria composto em uma das pontas pelo doente, em outra pelo médico e, finalmente, em outra, pela doença. O que deveria ser tratado era o doente e não a doença.

Como se sabe, essa concepção da antigüidade grega foi abandonada na era cristã. A doença passa a sobrepor-se ao doente e a divisão entre corpo e alma é operada ficando, a alma, a encargo de Deus e não mais dos médicos. Importa, a partir de então, classificar, definir e agrupar, com o auxílio da anatomia que se aperfeiçoava, os sintomas. O sintoma passa a ser visto, portanto fora da sua relação com o doente.

Desde o início do século XIX, com Pinel¹⁰, a psicopatologia e a psiquiatria ganham corpo próprio marcando sua especificidade em relação à medicina. Os *alienados* são vistos como um grupo diferente de doentes que deveriam estar nos asilos e não nos hospitais gerais.

Voltemos a Lasègue. Ainda que se reconheça que este autor foi contaminado pela forma de investigação da sua época, ignorando uma das pontas do triângulo hipocrático e vendo o doente como um simples portador de sintomas, seu artigo sobre a anorexia histérica é um pouco mais complexo. Costa Pereira¹¹ observa na sua apresentação

⁹ Humery, R. – “La problématique du cas singulier.” In: Bourguignon, O. & Bydlowsky, M. *La recherche clinique em psychopathologie. Perspectives critiques*. Paris: Puf, 1995. Collection Le fil rouge. pp. 69-92

¹⁰ Postel, J. e Quétel, C. afirmam que a importância atribuída a Pinel na história do nascimento da psiquiatria deve-se, de fato, à posição central, no plano cultural e político, que ocupava a França, ou melhor, Paris, para o resto do mundo naquela época. Na verdade, segundo esses autores, o nascimento da psiquiatria deve-se aos esforços de muitas outras pessoas em toda a Europa, notadamente na Alemanha, país de J. CH. Reil que teria criado o termo “Psychiaterie”. Postel, J. & Quétel, C. - *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris : Dunod, 1994. p. 152.

¹¹ Costa Pereira, M.E. “Apresentação a ‘Da anorexia histérica’ ” *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: vol. I – nº 3 – setembro de 1998. pp. 155-157.

do artigo do psiquiatra francês que mesmo com sua concepção biológica dos transtornos mentais, Lasègue não deixa de apontar um aspecto paradoxal do quadro, qual seja, a satisfação obtida pela paciente através da sua doença: ela experimenta “*um intenso bem estar*”. É ainda digno de nota a observação de Lasègue sobre a relação entre a paciente e sua família. “*A partir do momento que intervém um elemento moral, cuja existência é aqui indubitável, o meio em que vive a paciente exerce uma influência que seria igualmente lamentável ignorar ou desconhecer.*”¹²

A histeria, representada pelas pacientes inapetentes observadas por Lasègue, não podia ser exclusivamente compreendida a partir da utilização dos instrumentos de investigação disponíveis na época. Desde então, faz-se ouvir sob a condição de que um médico com grande sensibilidade clínica lhe possa escutar.

A grande virada na maneira como se vê a histeria vem, sem sombra de dúvida, com Freud e a psicanálise. Os casos clínicos de Freud são apresentados retomando a estrutura triangular proposta por Hipócrates: “*o doente pelo seu discurso e sua transferência, o médico por suas interpretações e sua contra-transferência e a doença pelos seus sintomas e o sentido que adquirem no tratamento. O caso clínico não é mais simplesmente descrição. Ele é história (do doente e de sua doença) e história de um tratamento psicanalítico que passa a ser parte da história da vida do doente.*”¹³.

Humery¹⁴ faz uma observação bastante interessante e reveladora do tratamento que o psicanalista vienense dava aos seus casos clínicos. Ainda que a teoria freudiana tenha tido um impacto importante sobre a nosografia psiquiátrica da época, nenhuma das entidades clínicas descritas por ele ganharam seu nome, o que contraria a tradição vigente na época. Entretanto, os casos clínicos descritos por Freud são conhecidos pelo nome atribuído por Freud a seus pacientes. Não se fala de “Análise de uma fobia...” mas, do pequeno Hans . O Homem dos lobos ou o Homem dos ratos tornaram-se paradigmáticos da neurose obsessiva e o mesmo se deu com Dora, Emmy e outras para a histeria. Essa tradição perpetua-se ainda hoje e quase todos os psicanalistas importantes depois de Freud tem um caso clínico, que tem um nome, tão conhecido quanto o autor.

¹² Lasègue, C. op cit. p. 169.

¹³ Humery, R. op. cit. p.77.

¹⁴ Ibid. pp.78-79

Aquele que batiza o paciente dando-lhe um nome fictício certamente não o faz de forma aleatória. Freud não somente inaugura o reimplante da doença em um doente com uma história, mas também revela a importância da relação médico/paciente como um elemento fundamental da apresentação do caso clínico.¹⁵

O tratamento dado ao caso clínico no campo da psicopatologia, a partir de Freud e ao longo do século XX, segue duas correntes básicas que, embora partilhando de uma mesma nosografia, fundamentam-se em modelos teóricos bastante distintos. De um lado aqueles que sob a influência da psicanálise fazem do caso clínico único a demonstração do valor heurístico de seu modelo e, de outro, todo um grupo fortalecido com o avanço das neurociências e da psicologia experimental que tenta ultrapassar a importância dada ao caso único e ao olhar do clínico. Ambas as medidas são consideradas como pouco confiáveis pelos critérios de um modelo positivista da ciência. Sabemos que essa corrente é a responsável pela grande importância atribuída a partir do fim do século XX aos sistemas classificatórios supostamente ateóricos.¹⁶

Mesmo em psicanálise o caso clínico é utilizado de maneiras e para fins diversos guardando sempre, contudo, sua origem na singularidade da vivência do *pathos* escutada pelo analista no interior de uma relação de transferência. Como aponta Edilene Queiroz¹⁷, essa especificidade faz do caso em psicanálise “o caso” e não “um caso” ou casuística. O uso feito pela medicina de “um caso” remete à doença representada anonimamente pelo caso - um caso - diferentemente do estatuto próprio do caso em psicanálise.

No campo da psicopatologia aquele que é afetado pelo *pathos* é quem pode produzir um novo saber sobre essa forma de padecimento, desde que seja escutado por alguém que ocupe o lugar de analista, comparado por Berlinck ao lugar do expectador da tragédia grega. Aquele que escuta sem se perguntar sobre a verdade ou falsidade daquilo

¹⁵ É interessante observar que neste trabalho a única paciente chamada por sua inicial é a Sra. J. cujo caso me foi relatado por um colega. Nos outros casos a relação estabelecida com cada uma das pacientes parece ter autorizado-me a dar-lhes um nome.

¹⁶ Remeto o leitor ao capítulo “A histeria recalçada” presente neste trabalho onde a questão dos sistemas de classificação psiquiátrica é retomada mais detalhadamente.

¹⁷ Queiroz, E. – *O estatuto do caso clínico*.

que é representado deixando-se afetar e possibilitando que uma experiência seja partilhada pelos dois gerando um novo conhecimento.¹⁸

Ora, se é no discurso do próprio “sofredor” que podemos encontrar algum saber sobre a singularidade de seu sofrimento, o caso clínico em uma pesquisa metapsicológica torna-se indispensável, ainda que a referência ao caso não seja explícita. A partir de um trabalho de “*perlaboração, teorização e escrita de um caso, saímos do registro estrito da experiência particular do analista, transformando-a em experiência com-partilhada, capaz de ampliar a rede de significações do psicopatológico.*”¹⁹

Segundo Catherine Cyssau²⁰, podemos observar três usos do caso clínico na obra freudiana. O primeiro e mais comum é o uso do caso para promover o avanço da prática clínica ao demonstrar uma estrutura psicopatológica subjacente ao caso. Trata-se, através de uma caso único, de demonstrar algumas hipóteses generalizáveis à psicopatologia de estruturas da mesma ordem. Cria-se, a partir dessa utilização, um tipo determinado. O exemplo utilizado pela autora é o de Dora. A partir da análise desse caso, algumas leis universais da histeria de conversão são demonstradas, podendo ser reconhecidas na análise de outros casos de histeria de conversão.

O segundo uso do caso clínico em Freud, ainda segundo Cyssau, é aquele em que ele se constitui como fundamento para avanços teóricos. A clínica intervém aí não para confirmar a teoria mas, ao contrário, para perturbá-la, promovendo novas construções conceituais. Dora, tomada novamente como exemplo, promove a descoberta da transferência, permitindo que Freud estabeleça algumas premissas para a evolução do conceito de transferência a partir do modelo psicopatológico da histeria. “*O caso aqui não é objeto de uma generalização, ele promove a verdade de uma construção. Ele não provoca identidade mas estranheza, ele não determina a regra mas a exceção.*”²¹

¹⁸ Berlinck, M.T. – O que é psicopatologia fundamental. In: _____. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: vol. I nº I. pp 46-59.

¹⁹ Queiroz, E. op. cit. p.1

²⁰ Cyssau, C. – “Fonctions théoriques du cas clinique”. in: Fédida, P. & Villa, F. (dir) – *Les cas em controverse - Monographies de psychopathologie*. Paris : PUF, 1999. pp. 59-82

²¹ Ibid. p. 62

Nesse segundo uso do caso clínico engendra-se uma nova construção teórica ao perturbar o conhecimento já existente.

Finalmente, a terceira forma de utilização do caso é como exemplo, em geral uma série de exemplos, que visam ilustrar uma demonstração.

Quando falamos do que constitui o caso clínico em psicanálise não estamos falando de uma descrição minuciosa de um paciente, de todos seus aspectos perceptíveis, de uma descrição dos sintomas ou ainda, do tratamento. O caso em psicanálise constitui-se a partir daquilo que produz um corte no processo, e que é perturbador para o analista e, às vezes, para o próprio paciente. Segundo Fédida, “...o caso é uma teoria em germen, uma capacidade de transformação metapsicológica.”²²

É só algo da ordem dessa perturbação que move um analista ou o escritor a escrever, a ter o desejo de preencher uma página em branco, ou ainda, de reescrever uma página lida ou, até mesmo, reescrever uma página escrita por ele próprio em outro momento.

Cabe então a pergunta: o que fez das paciente de que falamos aqui, um caso?

Respondemos à essa pergunta pela localização de um momento: aquele em que, contrariando a em geral fértil produção associativa de pacientes histéricas, deparamo-nos com uma profunda aridez, um grande vazio doloroso e mudo para o qual não encontrávamos palavras.

Paradoxalmente, reconhecemos ali o ponto de engendramento de um novo conhecimento sobre o *pathos* na histeria.

É da tentativa de encontrar palavras para esse vazio doloroso que falaremos neste trabalho. No caminho para dizer a dor da histeria surge, como um farol, o iluminador modelo da melancolia.

Pois bem, já estabelecemos com que material trabalhamos. Agora teceremos alguns comentários sobre o tratamento que esse material receberá.

²² Fédida, P. (1991) – “A construção do caso”. In: _____. *Nome, figura e memória. A linguagem na situação analítica*. op. cit. p.230.

A questão dos diagnósticos em psicopatologia está longe de ser unânime e ainda que diferentes abordagens utilizem-se de uma mesma nomenclatura não devemos supor que elas se sirvam dos mesmos referenciais ou de uma mesma compreensão daquele tipo particular de sofrimento psíquico. Isso nos obriga a situar desde já de que lugar falaremos aqui. É da histeria que se revela no interior da situação analítica, lugar onde o sofrimento de um sujeito aparece na forma de um discurso endereçado a um outro, objeto de transferência, que procuramos nos aproximar.

Isso nos insere em um campo particular de pesquisa. Assim nomeada por Pierre Fédida, a Psicopatologia Fundamental pretende retomar o fundamento trágico do psicopatológico.

É numa tradição grega bastante anterior à constituição da psicopatologia geral de Jaspers, aquela do teatro de Ésquilo, fundador da tragédia grega, que Fédida fundamenta o que entende por psicopatologia: “*aquele conhecimento formado na experiência íntima da paixão*”²³. O “*homem trágico*” com Ésquilo não é simplesmente vítima dos deuses, ele próprio de alguma forma e sem se dar conta, constrói cegamente sua tragédia.

A paixão e o sofrimento (*pathos*), na tradição da tragédia grega, comportam a possibilidade de promover uma experiência que traz uma sabedoria (*pathei mathos*) desde que, assim como o faziam os espectadores das tragédias gregas, esse *pathos* possa ser escutado por alguém disposto a debruçar-se sobre ele como quem escuta a um mito, ou seja, a partir de uma crença nas palavras em si mesmas²⁴. Não se pode falar do *pathos* da psiquê da mesma forma que se fala do *pathos* em medicina. O *pathos* de psicopatologia comporta uma polissemia que deve ser considerada.

A psicopatologia fundamental diferencia-se da psicopatologia geral de Karl Jaspers ou das assim chamadas “classificações operacionais”, que têm no DSM seu representante mais conhecido. Entretanto, a especificidade da psicopatologia fundamental e do discurso por ela produzido supõe a possibilidade e a importância de um diálogo com os

²³ Fédida, P. – “Tradition tragique du psychopathologique. A propos du *pathei mathos* de l’*Agamenon*.” In: _____. *Crise et contre-transfert*. Paris : PUF, 1992. p. 19.

²⁴ Berlinck, M. T. “O que é psicopatologia fundamental?”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: vol I. nº 1. pp. 46-59

outros discursos sobre o sofrimento humano, desde que cada uma delas possa “*formular e descrever seus objetos teóricos e formais de maneira coerente com seus próprios fundamentos epistemológicos*”²⁵.

A definição do nosso referencial não nos livra, portanto, da referência a outros discursos da psicopatologia. Isso será feito logo de início quando procuraremos compreender o que houve com a histeria nas atuais classificações psiquiátricas.

ÚLTIMAS NOTAS SOBRE O MÉTODO.

O que é a histeria? Ainda que se trate de uma velha conhecida tanto da psiquiatria quanto da psicanálise, sua definição não é de modo algum evidente.

Da parte da psiquiatria, representada atualmente pelas classificações da CID 10 ou do DSM IV, observamos o abandono da histeria enquanto categoria nosográfica. Hoje a histeria de antes encontra-se pulverizada em algumas outras categorias, notadamente a de “*transtorno dissociativo*”, de acordo com a sintomatologia preponderante no quadro.

A definição de um quadro psicopatológico exclusivamente pelos seus sintomas é bastante controversa e não faz sentido do ponto de vista da psicanálise, na qual o sintoma importa na medida em que pode revelar algo da subjetividade de seu portador.

Para responder a eterna pergunta de Freud sobre a “*escolha da neurose*” é preciso mais do que elencar um grupo de sintomas, ainda que eles possam ser cuidadosamente descritos. Precisaremos sim, revelar e estudar fatores dinâmicos, tópicos e econômicos que constituem uma organização psíquica específica. É aí que a experiência clínica torna-se indispensável quando confrontada aos modelos metapsicológicos de funcionamento do sujeito. Esses modelos criados a partir da clínica devem, contudo, ter o caráter de uma convenção – não uma convenção estabelecida arbitrariamente - como bem nos mostra Freud, e devem ser modificados sempre que a clínica o impuser. Assim, ainda que a definição de histeria seja fundamental, lembramos a posição freudiana expressa em

²⁵ Costa Pereira, M. E.- *Contribuição à psicopatologia dos ataques de pânico*. São Paulo: Lemos, 1997.p.216.

um de seus artigos metapsicológicos. Segundo ele, o progresso do conhecimento não tolera a rigidez das definições.²⁶

Essa questão – a definição do que chamamos de "histeria" - exigirá uma resposta precoce, ainda que sujeita a transformações como o são todas as elaborações metapsicológicas, no desenvolvimento desta pesquisa. Se, seguindo a previsão de Lasègue²⁷, essa resposta não puder ser dada de maneira definitiva, devemos ao menos poder precisar o que chamaremos aqui de histeria ou de melancolia, ainda que após uma primeira aproximação essa definição deva ser constantemente problematizada ao longo do trabalho.

Para isso, recorreremos à clínica e à vários autores que de um modo ou de outro já se debruçaram sobre o sofrimento psíquico. Freud será nosso interlocutor principal e alguns outros, por vezes pertencentes a correntes teóricas distintas da psicanálise, seguir-se-ão à ele. Ou seja, não estabeleceremos nenhum compromisso de fidelidade com uma ou outra vertente do pensamento psicanalítico. Recorreremos, portanto, aos autores que nos permitem melhor compreender a situação clínica que nos interroga sem deixar, entretanto, de apontar e de nos posicionar em relação as eventuais contradições que possam surgir.

Dentro do vasto campo da psicanálise, observa-se, senão o desaparecimento pelo menos uma diminuição importante de referências à histeria na literatura inglesa. A histeria na literatura anglo-saxã é hoje, freqüentemente encarada mais como um sistema defensivo que esconderia patologias mais graves ou de origem mais primitiva no desenvolvimento, do que como uma organização psíquica própria dotada de uma singularidade.

Ainda assim, alguns autores anglo-saxões trarão contribuições essenciais à nossa reflexão. Masud Khan e Christopher Bollas, por exemplo, têm um pensamento original e consistente sobre a histeria e nos prestarão um grande auxílio.

²⁶ Freud, S. (1915). "O instinto e suas vicissitudes". In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. 2ª ed. vol. XIV. pp. 137-168.

²⁷ Lasègue, C. *Écrits psychiatriques*, Toulouse : Privat, 1971.

Já no país onde Freud foi apresentado à histeria, ela parece manter o seu caráter instigador e continuar despertando novas elaborações metapsicológicas. É por essa razão que as contribuições da literatura francesa aparecerão mais freqüentemente durante o texto.

No que diz respeito à definição de histeria, a noção de estrutura mostrou-se, conforme fomos nos aproximando do tema, um ponto de partida necessário para o estabelecimento de alguns elementos que, organizados de uma certa forma produzem uma configuração típica daquilo que chamamos histeria. Adotar a noção de estrutura não implica, do nosso ponto de vista, uma visão rígida ou fatalista do psiquismo humano. Ao contrário, parece-nos que quanto mais sólido for o nosso ponto de partida mais longe e de forma mais livre poderemos avançar.

Como se sabe, a clínica estruturalista foi criada por Lacan e como nos mostra Márcio Peter Leite, o próprio Lacan foi sensível ao caráter rígido e descontínuo dessa clínica dividida entre neurose, psicose e perversão, segundo a incidência ou não da função paterna. Segue-se a essa abordagem na obra de Lacan, a clínica borromeana, fundada sobre as relações entre o simbólico, o imaginário e o real ligadas pelo nó borromeano. Trata-se aí de uma abordagem do psicopatológico não referida às categorias da psiquiatria e até mesmo não categorial, livrando-se do caráter descontínuo da clínica estruturalista.²⁸

Portanto, utilizaremos-nos da clareza conceitual que a noção de estrutura oferece levando porém em conta os seus limites e problemas, assim como o fez o próprio Lacan.

Traçemos, agora, os principais passos que pretendemos dar visando a sustentação da hipótese já introduzida.

COMO UM GUIA DO PERCURSO.

Já é lugar comum nos trabalhos sobre histeria o comentário de que não existem mais históricas como aquelas vistas por Charcot e que teriam despertado o interesse de Freud. Veremos, contudo, que guardadas algumas diferenças sutis vemos hoje situações de histeria bem próximas daquelas vistas por Charcot. É bem verdade que não é esse o perfil

²⁸ Souza Leite, M. P. - “Diagnóstico, psicopatologia e psicanálise de orientação lacaniana” in: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: vol IV. nº 2. Junho de 2001. pp 29-40.

da histérica que frequenta os consultórios de psicanalistas, no entanto, isso não quer dizer que elas desapareceram.

A plasticidade dos sintomas na histeria se faz mais evidente nos consultórios sem que, contudo, possamos falar do desaparecimento da histeria.

Entretanto, ao consultar a literatura médica mais atual, a histeria parece sim ter desaparecido. Esse será o nosso ponto de partida. De que modo a psiquiatria de hoje compreende os fenômenos históricos? O que encontramos no lugar da velha histeria?

A partir da psiquiatria - e mais especificamente dos atuais sistemas de classificação - faremos, então, uma primeira aproximação do tema da histeria.

Não encontrando muita luz nas classificações psiquiátricas da atualidade, voltaremos nossa atenção para o campo da escuta e partiremos de uma breve recuperação histórica da histeria em Freud para em seguida apresentar algumas contribuições posteriores procurando determinar os traços fundamentais da histeria.

A histeria esteve desde o início da sua história, que remonta à antigüidade, ligada ao feminino. A impossibilidade de assumir uma posição feminina e o aprisionamento à lógica fálica são fatores determinantes no sofrimento histórico. Isso nos levará a refletir sobre o que permite e o que impede a conquista de uma posição feminina. Qual é o caminho para o feminino?

Pois bem, buscamos saber do que sofre a histérica nessa recusa e busca da posição feminina. Seu sofrimento é, muitas vezes confundido com fingimento, infantilidade, teatralismo despertando antipatia e desprezo. Como o poeta ela *"finge tão completamente que chega a fingir que é dor a dor que deveras sente"*²⁹. Partindo então de um caso clínico, procuraremos estabelecer que sofrimento é esse do qual tentamos nos aproximar.

Ana procura análise dizendo sofrer e busca reproduzir na análise as condições de sua insatisfação. Qual é essa angústia que impede a histérica de ter um verdadeiro encontro com o outro? Ana diz estar *"muito triste"*. Por que temos a impressão de estarmos, nós e ela própria ainda longe da dor que ela *"deveras sente"* ?

²⁹ Pessoa, Fernando. - "Autopsicografia" op. cit. pp. 164-165.

Que dor é essa? Se todo sintoma comporta um gozo por que isso é mais evidente na histeria?

Observamos uma tendência a considerar histéricas aquelas pacientes cujo sofrimento não nos toca, em quem toda dor parece fingida entretanto, desde o momento em que uma desorganização maior se evidencia, por exemplo, através de uma tentativa de suicídio ou ainda outras atuações de risco, tende-se a mudar ou ao menos questionar o diagnóstico de histeria. A riqueza da nosografia atual em psicanálise favorece essa postura. Assim, vemos uma paciente histérica transformar-se em uma paciente *borderline* ou personalidade “como se”, por exemplo. A histeria estaria, segundo essa maneira de pensar, escamoteando uma patologia “mais grave”.

A partir de Luísa, Mme. Bovary dos nossos tempos, avançaremos mais um pouco na especificidade da estrutura histérica delineando seus limites.

Com o campo um pouco mais definido buscaremos estabelecer que aspectos da metapsicologia da melancolia nos parecem úteis para uma aproximação do sofrimento na histeria e desenvolveremos essa parte final fazendo uso de mais dois casos clínicos. Rosa e Clara nos ajudarão nesse percurso. Muitos autores discutem a depressão na histeria e procuraremos aqui justificar o caráter operatório que vislumbramos no paradigma da melancolia. Falar em depressão ou melancolia não é indiferente e essa precisão deverá ser feita.

A possibilidade da criação de um vazio, espaço potencial da metáfora, que associamos à posição feminina, traz o risco do nada. O identificação ao nada, típica da melancolia, parece ameaçar o reino da fantasia e das possibilidades.

É dessa travessia delicada, ou do luto da criança fálica, que pretendemos tratar.

A clínica está presente durante todo o percurso. Ela motiva a construção da questão que o inaugura e nos oferece os meios de transporte. Precisar o lugar da clínica e, sobretudo, o estatuto dado ao caso clínico neste trabalho parece-nos, portanto, imperioso.



PARTE I
PRIMEIRA APROXIMAÇÃO DO OBJETO

CAPÍTULO I - DEMÔNIOS: DE ONTEM E DE HOJE

*“Não precisamos ficar surpresos em descobrir que, ao passo que as neuroses de nossos pouco psicológicos dias de hoje assumem um aspecto hipocondríaco e aparecem disfarçadas como enfermidades orgânicas, as neuroses daqueles antigos tempos surgem em trajes demoníacos. Diversos autores, e dentre eles Charcot é o principal, identificaram, como sabemos, manifestações de histeria nos relatos de possessão e êxtase que nos foram preservados nas produções artísticas. (...) Nós simplesmente eliminamos a projeção dessas entidades mentais para o mundo externo, projeção esta que a Idade Média fazia; em vez disso, encaramo-las como tendo surgido na vida interna do paciente, onde têm sua morada.”*³⁰

O trecho citado acima é de 1923. Trata-se da introdução a um artigo de Freud sobre uma neurose demoníaca do séc. XVII. Nesse artigo, o autor analisa um manuscrito do séc XVII, originário do santuário de Mariazell, que descreve uma redenção miraculosa de um pacto com o demônio. Freud foi convidado a analisar, como médico, esse material já que o caso de possessão incluía crises convulsivas e visões.

O artigo evidencia o aspecto camaleônico da histeria com o passar do tempo. E hoje, início do século XXI, qual o aspecto que a histeria assume?

As pesquisas etnográficas mostram, segundo Kirmayer e Santhanam³¹, que assim como os transtornos conversivos, outras formas de histeria ainda permanecem bastante comuns em todo o mundo sendo profundamente influenciadas por processos sociais e culturais. A plasticidade dos sintomas conversivos faz com que atualmente eles apareçam menos nos serviços de neuropsiquiatria e mais nos serviços de assistência primária, manifestando-se principalmente através de queixas de dor, fraqueza, vertigem, fadiga e outras queixas somáticas inespecíficas.³²

³⁰ (1923) Freud, S. “Uma neurose demoníaca do século XVII”. In: _____. *ESB*. vol. XIX. p. 87.

³¹ Kirmayer, L. J. & Santhanam, R. - “The anthropology of hysteria”. In: Halligan, P. & Bass, C. (Eds) - *Conversion disorder*. Oxford: Oxford University Press, no prelo. (2000)

³² *Ibid*. p. 30

Esta roupagem mais "moderna" dos sintomas conversivos faz-nos questionar o grande aumento de casos de transtornos depressivos diagnosticados na atualidade. A depressão parece tomar o papel reservado, no século XIX, à histeria, como constata Roudinesco e Ehrenberg³³.

A plasticidade dos sintomas de conversão sugere-nos que uma parte dos pacientes vistos como deprimidos apresentem, de fato, sintomas depressivos em uma organização histórica da personalidade. Na clínica desses pacientes, o abandono da compreensão já construída a respeito da histeria e seus mecanismos prejudica, do nosso ponto de vista, uma aproximação de seu sofrimento. Voltaremos, contudo, a essa discussão ulteriormente.

O recente aumento das religiões evangélicas no Brasil dá-nos a oportunidade de verificar de perto algumas das observações feitas por Kirmayer e Santhanam. O fenômeno dissociativo, considerado como o mecanismo responsável pela conversão histórica pode ocorrer, segundo estes autores, em três situações:

"(1) como resposta ao stress, trauma ou ameaça iminente, (2) em rituais socialmente aceitos conduzidos por curandeiros, líderes religiosos ou performances artísticas; e (3) esporadicamente e espontaneamente como parte de experiência cotidianas. (embora estas sejam reconhecidas somente quando se ajustam culturalmente às formas de expressão de sofrimento ou à categoria de experiências religiosas)."³⁴

Em seguida, os autores acrescentam que mesmo em situações em que o "trase" é freqüente e até esperado, como as religiosas por exemplo, pode-se presenciar experiências dissociativas individuais não esperadas ou "negativas" que, por desviarem-se das normas vigentes para aquele grupo são interpretadas como situações de sofrimento ou aflição. Pois bem, é uma situação como essa que descreveremos em seguida visando à introdução de uma discussão sobre o desaparecimento da histeria das atuais classificações psiquiátricas.

³³ Roudinesco, E. - *Pourquoi la psychanalyse?* Paris : Fayard, 1999. 197 p.

Ehrenberg, A. - *La fatigue d'être soi - depression et société*. Paris : Odile Jacob, 1998. 318 p.

³⁴ Kirmayer, L. J. & Santhanam, R. op. cit. p. 18.

A abordagem da etnografia comprova, como pudemos ver acima, a atualidade da histeria como forma de expressão do sofrimento psíquico. O fenômeno das, assim chamadas, *pseudocrises* epilépticas é outra evidência contrária a idéia de que "os fenômenos maiores da histeria e o chamado ataque histérico praticamente estariam desaparecidos de nossas sociedades urbanas ocidentais."³⁵

Stella e Pereira apresentam alguns dados epidemiológicos evidenciando a ocorrência, ainda hoje em dia, de crises bastante semelhantes aquelas com as quais Charcot lidava no fim do século XIX. Segundo estes autores, entre 5 e 15% da população atendida em serviços de atendimento psiquiátrico em hospitais gerais apresenta crises pseudo epilépticas de origem psicogênica, já nos serviços de atendimento a pacientes com crises epilépticas de difícil controle ainda que medicados, a prevalência varia de 20 a 33% e, finalmente, na população geral estudos epidemiológicos indicam uma prevalência de 5% desse fenômeno.

O termo de *pseudocrise* vem sendo substituído, segundo Stella e Pereira, por crise não-epiléptica psicogênica. Essa mudança pretende reparar a negação do sofrimento do paciente embutida no primeiro termo. O paciente acometido por uma crise de origem psicogênica experimenta, de fato, uma crise e chamá-la de *pseudocrise* sugere uma simulação não contribuindo "para a compreensão do fenômeno".³⁶

Essa polêmica na denominação dessas crises torna-se, considerando o objetivo deste trabalho, emblemática. Para uma verdadeira aproximação do sofrimento histérico devemos, de saída, reconhecer o sofrimento psíquico ainda que ele seja expresso pelo corpo. Dizer a um paciente acometido por uma crise epiléptica psicogênica que ele "não tem nada" já que não foram encontradas alterações bioelétricas cerebrais não o ajuda. Afinal, ele experimentou realmente uma crise, não se trata de uma falsa crise mas, de uma crise desencadeada por outras razões que as alterações cerebrais.³⁷

³⁵ Stella, F. e Pereira, M. E. C. - "*Crises não epilépticas psicogênicas*". p. 3. No prelo.

³⁶ Ibid. p. 3.

³⁷ IBID.

Podemos pensar que o paciente com epilepsia e acometido por crises epiléticas não psicogênicas encaixa-se no rol de situações, mencionadas por Kirmayer e Santhanam, nas quais o fenômeno dissociativo e conversivo é parte de um "*idioma cultural específico*". Esses pacientes disporiam desse "*idioma*" e o utilizariam em situações de conflito emocional assim como o fazem os pacientes que presenciam estados de "*transe*" numa situação religiosa e os reproduzem de forma inconsciente, em outros momentos, desta vez sem estarem sancionados pela religião. Esta parece ser a situação da Sra. J. de quem falaremos a seguir.

“Uma neurose demoníaca do século XXI”

Uma senhora de 57 anos³⁸ - a quem chamaremos de Sra. J.- é levada ao pronto atendimento do hospital das Clínicas da Unicamp por um de seus filhos. Frequentadora da Congregação Cristã do Brasil, religião evangélica com preceitos bastante rígidos, a Sra. J. é divorciada e mãe de quatro filhos.

Segundo o filho que a acompanha ao hospital, essa seria sua segunda crise grave. Na primeira ela teria sido levada ao posto de saúde e, embora os sintomas sugerissem uma convulsão, o médico do posto teria dito que era *psicológico*. Nessa ocasião, foi realizado um eletroencefalograma que não acusou nenhuma alteração.

Ao chegar ao hospital, a Sra. J. é retirada da ambulância e não conseguindo andar, é colocada em uma cadeira de rodas. Não conseguindo tampouco permanecer sentada é, finalmente, colocada em uma maca. Na maca, a Sra. J. tenta se jogar no chão mas é contida pelo filho. O médico psiquiatra se aproxima para conversar com a Sra. J., sem sucesso. Ela lhe diz: *Você é do demônio, é homem, eu não posso falar com homem. Você tá com as vestes pretas de satanás.*

Segundo seu filho, a Sra. J. não permite que nenhum homem, além dos filhos, entre em sua casa *na casa de uma serva de Deus não entra homem*. Essa atitude traz algumas dificuldades cotidianas já que um técnico não pode ser chamado para, por

³⁸ Agradeço ao Dr. Antônio Carvalho de Ávila Jacintho, médico psiquiatra que atendeu a Sra. J. no Serviço de emergência psiquiátrica do H.C. UNICAMP e gentilmente nos cedeu o relato clínico deste atendimento.

exemplo, consertar uma geladeira quebrada. São os filhos que devem socorrer a mãe nesses momentos. Segundo o depoimento de um deles, os filhos não moram mais com a Sra. J. porque não teriam suportado as restrições impostas pela mãe.

O psiquiatra insiste um pouco, tentando uma aproximação, fazendo algumas perguntas sem, entretanto, obter resposta alguma. A Sra. J. diz algumas frases desconexas, refere-se ao órgão sexual feminino através de vários sinônimos populares e insiste dizendo que *o demônio não vai vencer*.

Os dados obtidos são, então, fornecidos por seu filho já que o contato direto com a Sra. J naquele momento mostrava-se inviável.

Essa crise teria se iniciado cinco dias antes, em consequência de uma discussão com o pastor da igreja à qual pertence. A Sra. J começou a ficar estranha, falando palavrões e dizendo que Deus iria perdoá-la; que ele é mais forte do que o demônio e que ela iria se casar com o pastor já que estaria esperando um filho dele. Durante esses cinco dias a Sra. J. oscila entre momentos em que diz frases *estranhas*; cai no chão apresentando tremores nas extremidades e flexionando os braços sem, contudo perder a consciência e aqueles em que *volta ao normal*, apresenta-se novamente como *uma pessoa séria e muito rígida como sempre foi*. A Sra. J. teria também se queixado de uma diminuição da sensibilidade no braço esquerdo.

A crise que a leva ao hospital vinha se agravando nos últimos dois dias. Os períodos de comportamento excêntrico ficavam mais longos e não oscilavam mais períodos em que ela *voltava ao normal*, mas entre momentos de mutismo e negativismo generalizados; chegando até mesmo a recusar alimentos sob o argumento de que *o jejum é necessário para Deus dar o perdão*.

O filho da Sra. J. apresenta sua própria teoria para o que teria sido o fator desencadeante dessa crise da mãe. A mãe estaria apaixonada pelo pastor da igreja, tendo inclusive declarado-se a ele. Seu filho parece muito impressionado com a aproximação insistente da mãe que, normalmente é uma pessoa tão *séria, correta, honesta e reprimida até demais*. Desde que se separou do pai de seus filhos há vinte anos, a Sra. J nunca mais teria se relacionado com um homem, não permitindo nem mesmo que os representantes desse sexo entrassem em sua casa.

Durante todo o tempo em que o filho conversou com o médico, a Sra. J permaneceu estática na maca sem emitir qualquer comentário.

Após essa entrevista com o filho e a observação da Sra. J., o médico que a recebeu conclui que a paciente apresenta uma discreta aceleração do curso do pensamento com ideação de conteúdo religioso alternada com períodos de mutismo. Os indícios fornecidos pela própria paciente e os dados fornecidos por seu filho não sugerem, ainda segundo o psiquiatra que a recebeu, a presença de fenômenos alucinatórios. Foi realizado um eletroencefalograma com resultado normal, bem como foram normais todos os outros resultados de exames laboratoriais.

A Sra. J. foi encaminhada para internação psiquiátrica com a hipótese diagnóstica de “transtorno dissociativo” (F 44), segundo a CID X.

Aqueles que já freqüentaram durante algum tempo um pronto socorro sabem que pacientes com crises dissociativas como a que apresentava a Sra. J. são relativamente assíduos nos serviços de emergência dos hospitais. Relativamente conhecida também, é a reação de irritação ou, na melhor das hipóteses, de desprezo que esse tipo de sofrimento desperta nas pessoas.

No caso da Sra. J., as pessoas que passaram pelo local onde ela estava sendo atendida pareciam divertir-se com a visão da crise, emitindo, até mesmo, alguns comentários preconceituosos em relação a sua opção religiosa.

Diante do relato acima, cabe perguntar: se a histeria não é mais vista como na Idade Média, se a visão de Charcot já foi também ultrapassada e se os psicanalistas dizem não receber pacientes como as histéricas de Freud, como, afinal, apresenta-se hoje a histeria? De que modo o saber médico no início do século XXI recebe e cuida desse tipo de pacientes? A partir da Sra. J. vimos que a histeria não mudou tanto assim, ainda que se apresente de outra forma, menos clássica, nos consultórios particulares.

Procuraremos a seguir entender onde está a histeria desaparecida nas atuais classificações psiquiátricas bem como, avaliar o que estaria embutido nessa substituição de nomenclatura.

CAPÍTULO II - HISTERIA RECALCADA

“Transtornos dissociativos, como descritos aqui, são presumivelmente psicogênicos em origem, estando intimamente associados no tempo a eventos traumáticos, problemas insolúveis e intoleráveis ou relacionamentos perturbados. É, portanto, freqüentemente possível fazer interpretações e suposições sobre os meios do paciente para lidar com o estresse intolerável, mas conceitos derivados de qualquer teoria em particular, tais como “motivação inconsciente” e “ganho secundário”, não estão incluídos entre as diretrizes ou critérios para o diagnóstico.”³⁹

“Tradicionalmente, o termo conversão deriva da hipótese de que o sintoma somático do indivíduo representa uma resolução simbólica de um conflito psicológico inconsciente, reduzindo a ansiedade e servindo para manter o conflito fora da consciência (“ganho primário”). O indivíduo também pode extrair um “ganho secundário” do sintoma conversivo, isto é, obtenção de benefícios externos ou esquiva de deveres ou responsabilidades indesejadas.”⁴⁰

A despeito da atualidade dos trechos mencionados acima, experimenta-se ao lê-los uma impressão de “*dejà-vu*”, que nos remete a uma discussão do fim do século XIX, início do século XX. Referimo-nos à polêmica entre Janet e Freud sobre o fator primário na etiologia da histeria: a clivagem da consciência ou o conflito entre a sexualidade infantil recalçada e as instâncias ideais. A responsabilidade pela retomada da polêmica, aparentemente ultrapassada, parece-nos ser do esforço feito pela psiquiatria atual em livrar-se de qualquer referência à psicanálise.

Assim como Freud utilizou-se da nosografia psiquiátrica vigente na sua época, guardando, na classificação psicanalítica, várias das categorias já descritas pela psiquiatria, esta última, em um movimento de mão dupla, apropriou-se também de muitas das descobertas da psicanálise.

³⁹ Organização Mundial da Saúde-OMS. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 149. *grifo meu*

⁴⁰ American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais. DSM IV*. 4ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

Isso contudo vem se modificando desde o início dos anos oitenta, quando a psiquiatria começa a buscar a homogeneização e universalização das classificações com vistas à construção de um sistema operacional, descritivo e atóxico.

O termo histeria – fortemente marcado por uma concepção psicanalítica das afecções psíquicas - desaparece então das referidas classificações. Por outro lado, a Sra. J., longe de representar um caso raro nos pronto-socorros, aponta-nos a dificuldade de se chegar às origens de seu sofrimento psíquico sem a referência aos conceitos psicanalíticos.

Procuraremos inicialmente compreender esse hiato entre a literatura psiquiátrica e a clínica para justificar o lugar de um trabalho sobre a histeria nos dias de hoje.

Os trechos transcritos acima correspondem respectivamente às descrições de “Transtornos dissociativos (ou conversivos)” da CID-10 e de “Transtornos conversivos” do DSM IV. Consideramos esses trechos como exemplares do esforço feito pela psiquiatria, na sua vertente pragmática mais atual, para livrar-se de qualquer alusão à psicanálise ou a qualquer outra teoria que busque compreender a doença a partir de sua etiologia.

No caso da histeria , cuja compreensão foi o ponto de partida para a compreensão freudiana do funcionamento psíquico, a missão parece ter sido particularmente difícil. Mesmo a tradicional nomenclatura precisou ser rejeitada, já que a simples menção da palavra histeria remete, até o leitor menos familiarizado com a literatura “*psi*”, a Freud e ao início da psicanálise. Para não dizer, ao recalque, à sexualidade infantil, ao Édipo e ao inconsciente.

Como escutar a Sra. J. sem uma referência ao recalque ou à sexualidade infantil?

Voltemos às obras citadas acima.

*“Esses transtornos foram anteriormente classificados como tipos diversos de “histeria de conversão”, mas agora parece melhor evitar o termo “histeria” tanto quanto possível, em virtude de seus muitos e variados significados”*⁴¹

⁴¹ Organização Mundial da Saúde-OMS. op cit. p.149. *Grifo meu.*

Entretanto, aquilo que é reprimido aparece em outro lugar, lembrando-nos do próprio funcionamento histórico. Ao final do tópico “*Transtornos Dissociativos*” e antes da descrição das suas variações encontramos o seguinte adendo:

“*Inclui: histeria de conversão*

reação de conversão

histeria

psicose histérica”⁴²

Soa paradoxal que os idealizadores da CID-10 sugiram que evitemos o termo *histeria* e imediatamente depois afirmem que devemos incluí-lo na categoria de *Transtornos Dissociativos*. A referência à *histeria* parece impor-se à revelia dos autores. O abandono da *histeria*, categoria paradigmática do funcionamento psíquico, parece ser revelador dos limites desse tipo de classificação pragmática e operacional.

A psiquiatria representada pelas classificações mais modernas se, por um lado, permitiu avanços fundamentais em alguns campos como o da psicofarmacologia e da epidemiologia, por outro lado, provoca sérios impasses para o campo da psicopatologia.

No caso da *histeria* voltamos a uma época pré-psicanalítica, quando a *histérica* ainda não havia conseguido fazer ver que não bastava ver. Era preciso escutá-la para decifrar o sentido oculto do seu sintoma e esta foi a grande descoberta freudiana.

A *histeria* revela a dimensão intersubjetiva do sintoma que é absolutamente negada por esse tipo de classificação empírica que pretende justamente livrar-se do olhar *do* outro, neutralizando o lugar do médico. Tomemos, por exemplo, Charcot e a remissão dos sintomas que ele demonstrava com suas *histéricas*. Desde lá, a importância da relação estabelecida entre o médico e paciente ou a sugestionabilidade das *histéricas* era conhecida. Com Charcot as *histéricas* viam-se diante de um médico disposto a ver e a saber o que lhes ocorria, terreno fértil para que o sintoma ganhasse maleabilidade podendo transformar-se.

⁴² Ibid. p.151.

Segundo Fédida, o sintoma, enquanto teoria autóctone sobre si mesmo “...dispõe de uma auto-organização transferencial na qual o objeto intrapsíquico e/ou intracorporal é desconhecido pelo próprio sujeito”⁴³. Assim, a instauração da situação analítica e a materialização, ainda que ilusória e provisória, do objeto transferencial vai, de início, aumentar a crença que o paciente tem na sua teoria, geralmente reforçando a intensidade do sintoma para, em seguida, permitir que ele possa encontrar suas próprias palavras.

Aquilo que em um determinado sujeito pode ser considerado um sintoma em outro pode ser uma manifestação normal e isso pode ser observado claramente no decorrer de uma análise. Alguém externo à dupla analista/paciente não terá nenhuma condição de avaliar um fragmento de sessão, podendo por exemplo, indicar um funcionamento delirante onde o analista vê outra coisa.

Veamos o exemplo dado por W. Griesinger, autor do meio do séc. XIX, retomado por Fedida⁴⁴: duas pessoas podem dizer-se influenciadas por feitiçarias e uma delas ser considerada sadia e a outra perturbada, por um mesmo observador. Ou seja, o conjunto de sintomas não tem em si um valor absoluto, o sintoma carece de interpretação.

Aí está, a nosso ver, a grande limitação das classificações atuais quando têm seu uso expandido para a clínica. A dimensão intersubjetiva do sintoma em psicopatologia não é levada em consideração. De fato, é justamente do viés da subjetividade que esse sistema classificatório busca se livrar. Como seu próprio nome revela, trata-se de uma classificação baseada nas estatísticas.

Manter a categoria de histeria traria dificuldades metodológicas para o objetivo dessas classificações. Mesmo com seu nome transformado em transtornos dissociativos ou ainda conversivos, os autores não puderam deixar de fazer alusão às teses psicanalíticas. Ainda que simplesmente pela menção de que tradicionalmente esses transtornos estariam ligados a conflitos inconscientes.⁴⁵

⁴³ Fédida, P. – “D’une psychopathologie générale à une psychopathologie fondamentale. Note sur la notion de paradigme.” In: _____. *Crise et contre-transfert*. op. cit. p. 301.

⁴⁴ Fédida, P. – “Structure théorique du symptôme”. In: _____. *Crise et contre-transfert*. op. cit. p. 237.

⁴⁵ American Psychiatric Association. op. cit. p.433

Detenhamo-nos um pouco na análise que Roudinesco⁴⁶ faz sobre o desaparecimento da histeria como categoria psiquiátrica.

“A histeria de antes traduzia uma contestação da ordem burguesa que passava pelo corpo das mulheres. A esta revolta impotente, mas muito significativa pelo seu conteúdo sexual, Freud atribuiu um valor emancipador do qual se beneficiaram todas as mulheres. Cem anos depois deste gesto inaugural, assiste-se a uma regressão”⁴⁷.

Teríamos ultrapassado a época de ideais revolucionários e nos encontraríamos, segundo Roudinesco, em uma fase na qual o conformismo estaria instalado justificando o paradigma da depressão.

Trata-se de uma mudança no próprio conceito de subjetividade. Do homem em guerra permanente consigo mesmo ou com seu inconsciente para o homem deprimido. Tudo cabe na categoria de depressão, herdeira da neurastenia abandonada por Freud.

A depressão fala de um estado, de um déficit, de um sujeito lentificado em relação à rapidez do mundo globalizado e informatizado. Esse sujeito deprimido não interroga os médicos como fizeram as histéricas durante tantos anos. Ao contrário, ele se deixa medicalizar e domar facilmente. Não há algo a ser descoberto, não se trata mais de um estado mental fruto de conflitos inconscientes a serem revelados e sim de “um a menos”, que os medicamentos apressam-se em preencher.

Calamos assim as histéricas, calamos o conflito, calamos o inconsciente. Calar as histéricas foi tudo o que sempre se fez ou ao menos desejou-se fazer. É bastante conhecido o rechaço, irritação e manifestações sádicas que uma histérica costuma provocar, por exemplo, em um pronto-socorro onde elas parecem estar “*tomando a vez daqueles que sofrem de verdade*”.

As condições criadas por algumas religiões, sobretudo evangélicas, e que contam com muitos adeptos hoje em dia, parece poder recriar algo em comum com a organização social existente na época de Freud. Assim, a histeria nesse meio repressor e

⁴⁶ Roudinesco, E. - *Pourquoi la psychanalyse?*. Paris : Fayard, 1999.

⁴⁷ *Ibid*, p.28.

moralista ganha novamente a visibilidade que tinha na era vitoriana, assim como vimos com a história da Sra. J.

Ora, se os sistemas operacionais de classificação não podem fazer referência a nenhuma teoria e muito menos à psicanálise, é natural que a histeria, de tal forma marcada pelo conhecimento psicanalítico, tenha que desaparecer. Ou oferece-se uma escuta para a histórica ou, voltamos à hipnose ou, nenhuma das alternativas anteriores e; faz-se a histeria desaparecer. E devemos desde já destacar que o preço pago para que o sintoma histórico desapareça é bastante alto. Vê-se uma fixação do sintoma no corpo impedindo para sempre o desejo de se dizer. Podemos mesmo voltar a ver algumas monstruosidades totalmente deformadas por intervenções médicas desnecessárias e infundáveis enquanto o afeto fica cada vez mais desprovido de representações que possam fazê-lo circular.

Não podemos deixar de notar, ao pensarmos sobre o fim da histeria nas classificações atuais, que a melancolia também parece ter sido desconsiderada como uma das formas de sofrimento humano. O modelo, conhecido desde a antiguidade por todos aqueles que se debruçaram sobre a alma humana e que aqui nos parece valioso para pensarmos o sofrimento histórico está, atualmente, descartado. Parece que a melancolia está incluída no grande balaio da depressão no qual tudo parece caber.

Voltaremos a isso posteriormente, mas só com o caráter indicativo e provocativo nos perguntamo-nos se a depressão pode ser considerada como uma categoria psicopatológica, reveladora de um tipo de funcionamento, de conflito entre instâncias psíquicas ou ainda, da utilização de determinado tipo de mecanismos de defesa?

Em um artigo recente, Berlinck e Fédida⁴⁸ procuram encontrar as razões que levaram a psiquiatria atual a deixar de lado a melancolia e dar relevância à depressão. Segundo os autores, a depressão seria um estado de luto muito primitivo que se manifesta sem culpa; já a melancolia é uma neurose narcísica, um conflito entre eu e supereu que gera culpa e depressão. Nada mais razoável que essa psiquiatria regida pelo DSM-IV e CID-10, uma vez que não reconhece a culpa e nem mesmo o conflito inconsciente que caracteriza a neurose, não reconheça a melancolia.

⁴⁸ Berlinck, M. T. & Fédida, P. – “A clínica da depressão: questões atuais.” In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: vol. III n.º 2. pp. 9-25

Quais são então os pressupostos desses sistemas de classificação que garantem seu mérito no avanço da pesquisa científica, sobretudo, da epidemiologia e da psicofarmacologia?

O objetivo era o de criar um sistema de classificação que não dependesse dos clínicos a partir dos quais, observava-se, não era possível obter um consenso. Assim, abandona-se a etiologia e detêm-se numa descrição clínica a mais precisa possível, permitindo que diferentes clínicos de diferentes lugares do mundo, ao ver o mesmo paciente, pudessem chegar ao mesmo diagnóstico, criando uma espécie de língua universal no campo da psiquiatria.

Cabe esclarecer, desde já, o nosso reconhecimento da importância dessa iniciativa sem deixar de apontar, contudo, as dificuldades que observamos na absolutização dessa abordagem, ou seja, quando ela torna-se o único discurso válido para o psicopatológico.

Ressaltamos, com Paul Bercherie⁴⁹, uma certa ingenuidade epistemológica dos autores do DSM ao suporem que o olhar humano pode captar o real com essa neutralidade absoluta, é todo o caráter intersubjetivo do sintoma que é, assim, desprezado. Indo mais longe, o mesmo autor considera que o caráter manifestamente atóxico do DSM encobre uma opção pelo behaviorismo na qual os quadros clínicos são agrupados por seus aspectos mais superficiais, desprezando qualquer compreensão a partir da sua estrutura.

Alain Ehrenberg⁵⁰ mostra que duas vias surgiram para tentar responder à falta de consenso para o diagnóstico. A primeira apoiava-se nos avanços da bioquímica que possibilitaram uma avaliação *a priori* da eficácia de determinada molécula em determinado quadro psiquiátrico. A segunda via, buscada na tentativa de solucionar o problema da falta de consenso, foi a da classificação psiquiátrica. O objetivo desses sistemas de classificação era o de criar critérios precisos de inclusão e exclusão de modo a criar grupos homogêneos permitindo uma uniformidade nos diagnósticos sem depender do “olho clínico”, conduzindo em 1980, através do DSM III, a psiquiatria à uma segunda revolução. A primeira teria sido causada pelos medicamentos psiquiátricos.

⁴⁹ Bercherie, P. -“*Géographie du champ psychanalytique*”. Paris : Navarin, 1988. pp. 189-208

⁵⁰ Ehrenberg, A. - “*La fatigue d’être soi - depression et société*”. Paris : Odile Jacob, 1998.

De fato, essas duas grandes viradas no campo da psiquiatria estariam ligadas entre si. A regulamentação dos chamados medicamentos do espírito exigia que estes pudessem ser testados e para que os testes pudessem ser feitos com segurança era necessário contar com categorias bastante precisas e consensuais; deixando necessariamente de lado questões de cunho etiológico.

Alguns conceitos formam a base do DSM III em 1980 e são mantidos na sua versão mais atual de 1994. O conceito de transtorno mental é o primeiro deles:

“cada um dos transtornos mentais é conceitualizado como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente importante, que ocorre em um indivíduo e está associado com sofrimento (por ex., sintoma doloroso) ou incapacitação (por ex., prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento atual, morte, dor, deficiência ou uma perda importante da liberdade (...) Qualquer que seja a causa original, ela deve ser considerada no momento como uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no indivíduo.”⁵¹

Os autores do manual ainda se preocupam em salientar que tal classificação não classifica pessoas e sim, os possíveis transtornos que essas pessoas possam apresentar. Assim, não há “*um esquizofrênico*” mas sim, “*um indivíduo com esquizofrenia*”. A histeria foi então transformada em transtorno dissociativo ou conversivo suscetível, como nos mostra Roudinesco, de ser tratada, por exemplo, a partir da sintomatologia depressiva⁵². Escutar os sintomas histéricos como fazendo parte de um transtorno desencarnados de uma subjetividade, das paixões, de uma existência humana deve exigir um grande esforço.

De fato a abordagem, da forma como vem sendo utilizada, contribui para uma dissociação entre a subjetividade e o sofrimento psíquico. O indivíduo é acometido por um transtorno que não é em momento algum contextualizado na sua história. Será esse o preço a ser pago por uma abordagem científica dos fenômenos psíquicos? Podemos falar em psicopatologia deste ponto de vista empírico e pragmático?

⁵¹ American Psychiatric Association. op cit. p. xxi

⁵² Roudinesco, E. op. cit. p. 57.

Ora, se há algo que essas classificações deixam bastante claro é que só lhes interessa aquilo que é passível de ser empiricamente observável. Privilegia-se, como nos mostra Elisabeth Roudinesco, o “*homem comportamental*” ao “*homem trágico*”. É justamente o sujeito na sua dimensão trágica que vai nos interessar aqui, é por esse viés que procuraremos pensar o sofrimento histórico inscrevendo-nos, portanto, no campo de pesquisas em psicopatologia fundamental. O sintoma nos interessa na medida em que pode nos revelar algo da subjetividade do paciente, algo sobre seus conflitos e sobre a forma que seu psiquismo encontrou para lidar com eles.

Na tentativa de preservar a capacidade comunicativa da hipótese a ser desenvolvida retomemos agora nosso caminho pelos pressupostos básicos do DSM para compreender ainda melhor o desaparecimento da histeria dessa classificação.

Outro conceito de base importante do DSM é o seu caráter descritivo e atóxico. Pretende-se um não posicionamento em relação às mais diversas correntes que oferecem uma teoria sobre a etiologia dos transtornos mentais e uma descrição o mais minuciosa possível dos sintomas pertencentes a cada quadro.

Finalmente, destaca-se ainda, o caráter multiaxial do diagnóstico. A classificação multiaxial do DSM IV conta com cinco eixos:

“ Eixo I Transtornos clínicos

Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica

Eixo II Transtornos da Personalidade

Retardo Mental

Eixo III Condições Médicas Gerais

Eixo IV Problemas Psicossociais e Ambientais

Eixo V Avaliação Global do Funcionamento”⁵³

⁵³ American Psychiatric Association. op. cit. p. 27.

No eixo I estariam todos os transtornos, exceto aqueles de personalidade, que o indivíduo possa ter. O eixo II retoma todos os transtornos do eixo I do ponto de vista da personalidade, além de incluir o retardo mental. É em relação ao eixo II que serão situados “*aspectos da personalidade e mecanismos de defesa proeminentemente mal-adaptativos.*”⁵⁴.

Caso o sujeito tenha um transtorno do eixo I e II o que deve ter prioridade para a definição diagnóstica, segundo a sugestão dos autores do manual, é o transtorno do eixo I a não ser que se especifique após o diagnóstico do eixo II: “*diagnóstico principal*”. Assim, o Transtorno Conversivo ou Dissociativo por exemplo, prepondera sobre um possível diagnóstico de Personalidade Histriônica.

Vemos aí, novamente, a prioridade dada ao isolamento do quadro sintomático em relação à organização da personalidade e do sujeito como um todo.

O eixo III é aquele em que se situam as condições médicas gerais; o eixo IV trata dos possíveis problemas psicossociais e ambientais e, finalmente, o eixo V expressa uma avaliação global do funcionamento do sujeito.

Talvez não houvesse toda a polêmica em torno desses sistemas operacionais de classificação, notadamente em torno do DSM, se eles fossem usados dentro dos limites em que foram concebidos; qual seja, para auxiliar o avanço de certos modelos de pesquisas e para fins estatísticos e epidemiológicos. Mas o que se observa é que a criatura suplantou o criador e, hoje, a psiquiatria se pergunta qual o seu campo e papel uma vez que o DSM teve seu uso expandido também para a clínica. É justamente nesse limite transposto que se situam as maiores críticas a esse sistema. Observamos atualmente os transtornos descritos no DSM serem tomados tranqüilamente como entidades nosográficas. “*A passagem direta do compromisso pragmático para a psicopatologia é o limiar a não ser transposto.*”⁵⁵

Um dos pontos a ser problematizado é o estatuto dado ao sintoma por essas classificações psiquiátricas. O sintoma em psicopatologia tem uma especificidade que torna fracassada qualquer tentativa de tomar emprestado os critérios de cientificidade de uma clínica médica. A dimensão intersubjetiva do sintoma em psicopatologia aponta para a

⁵⁴ Ibid. p. 28.

⁵⁵ Costa Pereira, M. E. - *Contribuição à psicopatologia dos ataques de pânico*. op. cit. p.218.

importância do olhar do clínico. Ora, é justamente esse olhar, e fundamentalmente a sua relatividade, que essas classificações modernas tentam apagar.

A manutenção da histeria como categoria psicopatológica obriga uma tomada de posição na medida em que consideramos, seguindo Pierre Fédida, a histeria e, sobretudo, a conversão histérica como “*misterioso modelo prototípico*”⁵⁶ do sintoma. Deveríamos, então, considerar que o esforço em apagar a histeria do DSM IV, por exemplo, tem razões que ultrapassam o campo do debate em torno da atualidade ou não da denominação de neurose histérica e que se justificam nos pressupostos mais fundamentais dessa classificação.

Ao abandonar a categoria de histeria, portanto, os representantes dessa vertente mais moderna da psiquiatria não abandonam simplesmente uma nomenclatura que poderia estar impregnada de muitos e variados significados. Abandonam, sim, a própria noção de sintoma em psicopatologia optando por uma acepção médica do termo. O sintoma é, de acordo com essa visão, um sinal, um indício de uma doença, mas não carrega em si mesmo uma capacidade figurativa de algo da subjetividade do paciente.

É a histeria a responsável pela relação estabelecida entre imagem e memória. O sintoma é, na histeria, um “*corpo mudo colocado em imagem*”. A imagem torna-se, com a histeria, teoria da memória. É essa forma de tomar o sintoma que dá a clínica a dimensão de uma clínica psicopatológica. O sintoma/imagem deixa ver o que ele viu numa memória aparentemente perdida da linguagem invisível⁵⁷.

O sintoma é aquilo que ganha sentido na relação transferencial e a apreensão fenomenológica do sintoma permite a descoberta de uma teoria implícita sobre o “si mesmo” do paciente, desde que o sintoma possa ser escutado de uma forma muito especial.

⁵⁶ Fédida, P. – “Structure théorique du symptôme”. op. cit. pp. 227-266.

⁵⁷ Ibid. p.246

Lucien Israël⁵⁸, em um livro sobre a histeria dirigido basicamente aos médicos, alerta para o risco que correm os médicos ao não escutarem o sintoma histérico. Ele relaciona a “*neurose ultrapassada*” e a pulsão de morte comentando alguns casos trágicos de mal-entendido entre pacientes e médicos. O que se passa, segundo Israël, é a criação de uma doença iatrogênica, aquela criada pelo médico na impossibilidade de escutar o sintoma neurótico como tal.

A histérica procura falar através de seu sintoma. Se a via encontrada pelo médico é a de ater-se ao sintoma cortando o discurso, não resta à histérica outro caminho senão “*exibir no lugar do seu grito seu corpo mortificado*”⁵⁹. A falta que produzia a palavra é substituída por uma falta real da qual nada mais pode ser dito e em última instância, nos diz Israël, é o desejo que está para sempre perdido. Observamos aí de que forma a mudança de rumo na psiquiatria favorece a mudança de paradigma da histeria para a depressão.

Essa nos parece uma das saídas trágicas para o sintoma histérico. Outro tratamento freqüentemente dado à paciente histérica é aquele em que o sintoma é tomado como simulação e a paciente desautorizada no seu sofrimento. Saída não menos trágica, mas que talvez deixe ainda uma abertura para que a paciente continue tentando encontrar as palavras perdidas.

O afeto impedido de circular, carente de sentido, gira em torno do sintoma sem poder mudar de rumo e cada intervenção médica sobre o corpo, ou diretamente sobre o sintoma, inscreve-se na paciente como palavras definitivamente fixadas, da ordem da pulsão de morte que Freud relacionou à repetição. Ainda apoiando-nos na reflexão de Israël, trata-se da inscrição da pulsão de morte sobre o doente, fazendo com que não possamos mais falar em neuróticos e aí sim, em doentes.

Observa-se que, mesmo o apelo dramático de uma tentativa de suicídio na histeria costuma ser recebido com irritação, diferentemente daquilo que ocorre em suicídios melancólicos ou psicóticos

⁵⁸ Israël, L. - *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Paris : Masson, 1976. 10 ed.

⁵⁹ Ibid. p.183.

Poderíamos ainda pensar que nesses fins trágicos, vividos por algumas histéricas, seu *pathos* não pôde ser escutado por um outro na sua dimensão mito-poética, foi massacrado e fixado no corpo por uma busca de materialidade ou de racionalidade.

Utilizaremos portanto a nomenclatura tradicional, histeria, não por um simples apego às tradições mas sim, em primeiro lugar, porque este termo nunca foi abandonado pela psicanálise e, em segundo lugar, porque a sua utilização dá a ver a nossa posição face este tipo de sofrimento. Procuraremos nos aproximar da dor da histeria a partir da sua escuta e do que ela pode nos revelar.

A necessidade da histérica de ser escutada foi revelada, como se sabe, por uma das pacientes histéricas de Breuer. Além do pedido para falar livremente e ser escutada Anna O. teve, ainda, o mérito de nomear aquele tipo de tratamento como “*talking cure*”. Pois bem, foi a escuta dessas pacientes que permitiu o estabelecimento de uma primeira teoria sobre a histeria, e é a essa época que pretendemos nos reportar agora. Não para empreender uma reconstituição histórica, tarefa já realizada por outros autores, mas para situar algumas questões relacionadas especificamente ao sofrimento histórico.



PARTE II – A HISTERIA NA PSICANÁLISE

“La définition de l’hystérie, n’a jamais été donnée et ne le sera jamais.”

Charles Lasègue.⁶⁰

⁶⁰ Lasègue, C. Écrits psychiatriques, Toulouse : Privat, 1971.

CAPÍTULO III - FREUD E A HISTERIA

“Sustentava-se que na histeria qualquer coisa era possível e não se dava crédito aos histéricos em relação a nada. A primeira coisa feita pelo trabalho de Charcot foi a restauração da dignidade desse tópico. Pouco a pouco, as pessoas abandonaram o sorriso desdenhoso com que uma paciente podia ter certeza de ser recebida naquele tempo. Ela não era mais necessariamente uma simuladora de doença, pois Charcot jogara todo o peso de sua autoridade em favor da autenticidade e objetividade dos fenômenos histéricos.”⁶¹

A histeria na primeira tópica

“...transforma-se em trauma psíquico toda impressão que o sistema nervoso tem dificuldade em abolir por meio do pensamento associativo ou da reação motora”⁶² é assim que em 1892, no manuscrito enviado a Breuer sob o título *Sobre a teoria dos ataques histéricos*, Freud resume sua hipótese sobre o trauma psíquico que estaria na origem da histeria. Essa formulação ganha especial importância quando associada a uma nota anterior ligada ao texto, em que o autor afirma que a vida sexual seria especialmente apropriada para dar conteúdo a esses traumas, devido *“ao contraste muito grande que representa para o restante da personalidade e por ser impossível reagir a suas idéias.”⁶³*

Nesse texto, embrião da conhecida *Comunicação Preliminar* que abre os *Estudos sobre a histeria*, vemos a primeira referência à importância da sexualidade na formação dos sintomas histéricos.

O contato com Charcot, entre 1885 e 1886, desperta em Freud o interesse pela histeria levando-o a inaugurar o caminho da psicanálise e, sobretudo, levando-o a fazer a virada da neurologia para a psicopatologia.

⁶¹ (1893) Freud, S. “Charcot”. In: _____. *ESB*. vol. III. p. 28.

⁶² (1892) Freud, S. “Esboços para a ‘Comunicação Preliminar’ de 1893”. In: _____. *ESB*. vol. I. p. 196

⁶³ *Ibid.* p.193 (nota III)

Seguindo os passos de Janet, que já demonstrava que o sintoma de conversão histérica não obedecia à anatomia ou à fisiologia, mas à uma concepção popular do corpo humano, Freud deu sua grande contribuição demonstrando que o sintoma histérico continha um sentido e que este deveria ser descoberto a partir da escuta da histérica; deixa-se de assistir ao seu espetáculo e passa-se a escutá-la. Afastaram-se, e o uso da terceira pessoa cabe aqui pois é difícil separar o trabalho de Freud e Breuer nesse momento inicial, portanto, da busca de lesões neurológicas na etiologia da histeria demonstrando, definitivamente, o estatuto de patologia psíquica da histeria.⁶⁴

Estabelecem-se, assim, as bases para a compreensão do funcionamento psíquico e para o surgimento dos principais conceitos da psicanálise.

No texto de 1894 *As neuropsicoses de defesa*⁶⁵ Freud retoma os trabalhos de Pierre Janet e J. Breuer para discutir a questão da clivagem de consciência na histeria. Apresentaremos brevemente os passos de Freud nesse texto fundamental para a compreensão da histeria na primeira tópica freudiana. Em seguida partiremos para a leitura de outro texto, este de 1896, *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa* no qual alguns pontos são retomados e reelaborados.

Para Janet, autor de uma tese sobre a histeria em 1892, a clivagem de consciência é primária e tem, como origem uma fraqueza inata e hereditária da capacidade de síntese psíquica.

Já Breuer, propõe uma outra compreensão para a clivagem da consciência na histeria. No texto escrito em co-autoria com Freud, a *Comunicação preliminar*⁶⁶, o autor sugere que os “*estados hipnóides*” são a condição e fundamento para a aparição da sintomatologia histérica. Esses são, propõe Breuer, estados alterados de consciência que assemelham-se ao sonho produzindo uma diminuição na capacidade de associação.

⁶⁴ Vale dizer que esse afastamento foi se dando aos poucos e que Freud, na verdade, nunca abandonou completamente a idéia de encontrar explicações químicas ou neurológicas para alguns dos fenômenos psíquicos.

⁶⁵ (1894) Freud, S. “As neuropsicoses de defesa”. In: _____. *ESB*. vol. III. pp.51-72

⁶⁶ (1893) Breuer, J. & Freud, S. “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação preliminar” In: Freud, S. *ESB*. vol. II. pp. 39-56.

As representações que por ventura venham emergir durante os “*estados hipnóides*” não podem ser inseridas numa cadeia associativa; permanecem, dessa forma, isoladas do restante da consciência. Portanto, a clivagem da consciência na histeria é, para Breuer, secundária e o fator primário é a propensão aos “*estados hipnóides*”.

Partidário da posição de Breuer, Freud propõe duas formas de apresentação da histeria: de retenção e de defesa. Em nenhuma das duas formas devemos conceber a clivagem da consciência como fator primário.

Assim, além da forma hipnóide, proposta por Breuer, Freud propõe a histeria de retenção, na qual os afetos não são ab-reagidos, e a histeria de defesa. É nesta última que Freud vai se deter procurando, a partir da sua elucidação, diferenciar os mecanismos histéricos, obsessivos e fóbicos.

Vê-se, já na *Comunicação Preliminar*, indícios da divergência entre Freud e Breuer a respeito da etiologia da histeria. A polêmica, tornada explícita posteriormente, é sobre o papel dos “*estados hipnóides*” na etiologia da histeria e, sobretudo, sobre o papel desempenhado pelas pulsões sexuais na etiologia de tal neurose.⁶⁷

Segundo Freud, na histeria de defesa, a clivagem é um ato de vontade do paciente. Não que haja a intencionalidade na produção da clivagem, a intenção é outra mas o resultado é a clivagem. Qual era a intenção? “*Esquecer*” uma representação considerada pelo eu como insuportável. Este “*esquecimento*” não funciona, e é o destino do afeto desligado da representação da qual o eu quer se livrar que vai produzir a sintomatologia histérica, fóbica ou obsessiva, segundo as particularidades de seu deslocamento.

O conteúdo dessa representação insuportável para o eu é apenas sugerido até esse momento. Nas mulheres tais representações desenvolver-se-iam, diz Freud, no terreno das experiências ou sensações sexuais. Já em 1896⁶⁸, em um artigo escrito como um complemento àquele de 1894, Freud afirma, dessa vez de forma bastante clara, que para o desenvolvimento da histeria é preciso que um trauma, de natureza sexual, tenha sido vivido

⁶⁷ Strachey, J. “Nota do editor inglês.” In: Freud, S. *ESB*. vol. II. pp.24-31

⁶⁸ (1986) Freud, S. “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa”. In: _____. *ESB*. vol. III. pp. 159-186.

passivamente durante a primeira infância. Aí estaria, segundo Freud, a justificativa da maior incidência de casos de histeria em mulheres uma vez que elas são mais vulneráveis à ataques sexuais.

Conforme já havia afirmado nos “*Estudos...*”, Freud reafirma em 1896 que a origem da histeria não está localizada no momento da vivência traumática, mas na sua resignificação em um efeito *a posteriori*, quando o sujeito atinge a maturidade sexual. Aí sim, aquele momento traumático, até então livre de uma significação, ganha um sentido sexual. O sintoma é, então, formado em duas etapas. Os traumatismos infantis agiriam num segundo tempo como experiências novas mas de forma inconsciente.

Tomaremos os “*estados hipnóides*”, posteriormente abandonados por Freud, como precursores da importância atribuída à vida fantasmática depois do abandono da teoria da sedução. Como se sabe Freud abandonará a idéia de que suas pacientes tenham sofrido um abuso sexual real e passará a atribuir as lembranças de suas pacientes à fantasia.

Ainda não contávamos a essa altura com a teoria sobre a sexualidade infantil dos *Três ensaios* e Freud, numa nota de rodapé, lembra-nos disso. A formulação do complexo de Édipo e a descoberta da transferência vão inaugurar um segundo momento da compreensão freudiana da histeria e das neuroses em geral.

Em outra nota, essa de 1924⁶⁹, o autor reconhece ter tomado as fantasias de sedução de suas pacientes por seduições de fato vivenciadas. No entanto, eliminando essa confusão, as idéias ali discutidas mantêm o seu valor já que a experiência passiva de sedução continua desempenhando um papel importante na etiologia da histeria.

Com essa nota, supomos que Freud nos autoriza, ou ao menos sugere, a possibilidade de uma releitura desses primeiros textos psicanalíticos a partir de elaborações posteriores a ele. Seguiremos essa sugestão no nosso trabalho, considerando as elaborações desse primeiro período da psicanálise como um terreno importante a ser percorrido na busca da elucidação do nosso objeto de estudo e na medida em que pudermos dialetizar essa leitura a partir dos progressos da psicanálise. Lembramos que Laplanche tem, em

⁶⁹ Ibid. p.66

numerosos trabalhos⁷⁰, mostrado-nos a fecundidade que pode ter esse tipo de leitura dos textos freudianos.

Na tentativa de “*esquecimento*” a tarefa de recalcar a representação inconciliável é realizada com um sucesso apenas parcial, uma vez que o traço mnêmico criado pelo afeto e ligado à representação já está lá. A solução encontrada pelo psiquismo é, então, de enfraquecer a representação separando-a do afeto ao qual está ligada e fazendo com que ela não se imponha ao trabalho associativo, permanecendo isolada. A partir daí a questão é para onde vai essa soma de excitação, afeto, desligado da representação. É no destino desse afeto desligado que encontramos as diferenças entre as psiconeuroses de defesa.

A histeria supõe que essa soma de excitação será redirigida para o somático provocando uma conversão, fenômeno esse que Freud considera como principal característica da histeria. Temos aí a formação de dois grupos psíquicos: aquele das representações acessíveis à consciência e ao trabalho associativo e um segundo grupo que se forma a partir do traço mnêmico da representação recalcada. Este segundo grupo receberá acréscimos sempre que houver a efração de impressões da mesma espécie, fortalecendo provisoriamente a representação e estabelecendo, até que uma nova conversão se estabeleça, a conexão associativa entre os dois grupos psíquicos. É o efeito em dois tempos, em uma ação *a posteriori*.

Essa repartição da excitação mostra-se frágil e de tempos em tempos acontece da excitação religar-se à representação da qual foi desligada produzindo uma elaboração associativa ou um ataque histérico. É justamente essa fragilidade da defesa que justifica a pretensão do método catártico em fazer retornar a excitação do corporal para o psíquico permitindo que o conflito seja resolvido pela atividade do pensamento e que a excitação seja descarregada pela palavra. A vulnerabilidade histérica à hipnose justifica-se uma vez que esse método, bem como todos os estados que se assemelham ao sono, têm como particularidade suprimir a clivagem instaurada por um ato voluntário do sujeito.

⁷⁰ Ver a esse respeito, por ex: Laplanche, J. – *Novos fundamentos para a psicanálise*. São Paulo : Martins Fontes, 1992. 174 p.

Distanciando-se de Pierre Janet, Freud não atribui à clivagem uma função primária na histeria. A capacidade de conversão, uma aptidão “*psicofísica de transportar grandes somas de excitação pelas inervações corporais*”⁷¹, esta sim constitui o fator etiológico primário da neurose histérica.

Quando falamos da histeria atualmente fazemos necessariamente a correlação com os “transtornos dissociativos” das classificações psiquiátricas mais modernas e não podemos deixar de notar aí o privilégio conferido ao mecanismo de dissociação ao invés do de recalçamento, considerado por Freud como principal mecanismo de defesa da histeria. À polêmica entre Freud e Janet parece-nos reatualizada. André Green observa que essa influência retrospectiva de Pierre Janet observa-se mesmo no vocabulário psicanalítico atual, onde o termo “dissociação” tem aparecido no lugar de “recalque”⁷².

Para finalizar a referência a esse momento da elaboração da teoria freudiana sobre a histeria, embora não pretendamos aqui dar a idéia de um desenvolvimento linear da história dessa teoria, falemos de dois textos, ambos de 1896. Eles têm em comum o fato de serem as últimas vezes em que Freud defende a teoria da sedução sexual real como origem da histeria.

No texto escrito originalmente em francês, *A hereditariedade e a etiologia das neuroses*⁷³ e dirigido aos discípulos de Charcot, Freud pretende formular algumas objeções à teoria etiológica das neuroses defendida por Charcot. O método psicanalítico revela, diz Freud, ao permitir que se percorra retrospectivamente o passado do paciente, o verdadeiro agente causador da histeria: uma lembrança relacionada à vida sexual. Essa lembrança é a da vivência de uma “*experiência sexual passiva antes da puberdade*” resultante do “*abuso sexual cometido por outra pessoa*”⁷⁴. Freud reivindica, portanto, para a experiência sexual precoce a função atribuída por Charcot à hereditariedade.

⁷¹ (1894) Freud, S. - “As neuropsicoses de defesa”. In: _____. op. cit. p. 5.

⁷² Green, A. (2000) – “Hystérie et états limites: chiasme”. In: *Hystérie. Collection des monographies de psychanalyse*. Paris : PUF, 2000. p. 148.

⁷³ (1896) Freud, S. “A hereditariedade e a etiologia das neuroses”. In: _____. *ESB*. vol III. pp. 141-158.

⁷⁴ *Ibid.* p. 151

O psicanalista vienense reconhece, contudo, a participação do papel da hereditariedade nos casos mais graves. Entretanto, salienta Freud, a neurose não se desenvolverá caso falte o fator etiológico específico, qual seja, a excitação sexual precoce.

Ao comparar a neurose obsessiva à histeria, Freud reconhece uma origem bastante semelhante para ambas: uma experiência sexual precoce. Na histeria, a experiência teria sido vivenciada de forma passiva, com indiferença ou “*um pequeno grau de aborrecimento ou medo*”, enquanto que na neurose obsessiva tratar-se-ia “*de um evento que proporcionou prazer, de um ato de agressão inspirado no desejo (no caso do menino) ou de um ato de participação nas relações sexuais acompanhado de gozo (no caso da menina)*”⁷⁵. Essa diferença é, segundo Freud, o que desvenda a razão da associação da histeria ao feminino e da neurose obsessiva ao masculino. Embora de difícil fundamento, Freud parte da premissa, bastante discutível nos dias de hoje, de que a passividade está ligada à mulher e a atividade ao homem.

Logo em seguida, uma nova contribuição modifica as coisas. Mesmo a pretensa atividade precoce do desejo para o menino só poderia basear-se em uma situação prévia de sedução, também passiva, para o menino assim como ocorre na histeria, justificando assim os sintomas histéricos presentes nos quadros obsessivos. O menino, assim, também seria apresentado passivamente à sexualidade por um adulto agressor do sexo feminino.⁷⁶

Serge André chama atenção para o aparecimento, provavelmente casual, do termo “*gozo*”⁷⁷ neste texto freudiano. A presença desse termo em um texto inicial nos reporta à desenvolvimentos ulteriores da psicanálise e particularmente às contribuições de Lacan sobre o Édipo.

Hoje sabemos que essa experiência primária de passividade é comum a todos os seres humanos e não um privilégio dos neuróticos como reivindicava Freud nesse texto. O gozo sexual é sempre, inicialmente, do Outro e, dessa forma, é a partir desse Outro, aquele dos primeiros cuidados a quem o bebê está absolutamente entregue, que a criança é

⁷⁵ Ibid. p. 154

⁷⁶ (1896) Freud, S. “A etiologia da histeria”. In: _____. *ESB*. vol III. pp. 187-218

⁷⁷ O texto foi escrito em francês o que justifica o uso, inusual em Freud, desse termo. “*Juissance*” (gozo em francês), aparece portanto onde em outros textos Freud usa “*Lust*” (desejo ou prazer em alemão)

introduzida à sexualidade. Esse momento inicial da dialética edipiana é, como veremos um pouco mais adiante, fundamental para a dinâmica da histeria. É justamente essa posição de ser objeto do gozo do Outro que a histérica não suporta, teme e defende-se, ainda que ao afastar-se desse perigo sacrifique seu próprio gozo.

O segundo texto do mesmo ano, “*A etiologia da histeria*”⁷⁸, foi escrito para uma conferência, provavelmente para a Sociedade de Psiquiatria e Neurologia⁷⁹. Por ter sido elaborado como uma conferência ele trás a vantagem de oferecer uma visão geral do caminho percorrido até ali, fornecendo ainda algumas pistas do que estava por vir.

Além de explicitar a discordância com Breuer a respeito dos “*estados hipnóides*”, é do caminho do recalque que Freud vai tratar nesse texto. Seguindo retroativamente a cadeia associativa ligada ao sintoma chega-se ao que ele denomina o ponto nodal sendo ele, invariavelmente, a cena de sedução. A cena de sedução, como diz Freud, mostra-se como a peça que faltava no quebra-cabeça onde não pode restar nenhum espaço vazio. Mais tarde será função da fantasia preencher os espaços vazios.

Assim, as bases para a neurose seriam sempre lançadas por adultos, não por uma transmissão genética mas por uma contaminação na infância⁸⁰. Com as condições da nossa leitura atual e, sobretudo a partir das contribuições de Lacan, sabemos que a criança sofre passiva e necessariamente uma contaminação pela sexualidade adulta, pelo gozo do Outro.

O recalque diz Freud, é sempre mobilizado por representações de conteúdo sexual. São recalçadas as representações que fazem evocar o traço mnêmico deixado pelo trauma que, até esse segundo tempo, não tem uma conotação sexual. O trauma, até esse momento da obra freudiana considerado como uma sedução real, deixou marca devido à sua intensidade em relação à prematuração do sujeito. Esse traço mnêmico posteriormente atrairá outras representações inconciliáveis formando um núcleo, o inconsciente, que fará seu retorno pelo sintoma histérico. Aí então o inimigo não mora mais ao lado nem fora mas sim, dentro do aparelho psíquico.

⁷⁸ (1896) Freud, S. op. cit. pp. 187-218.

⁷⁹ Ver nota do editor inglês. Ibid. p.187

⁸⁰ (1896) Freud, S. op. cit. p. 205

No final da conferência Freud confessa-se ainda sem condições de explicar a questão da escolha da neurose. Contudo, ele adianta, sem subestimar outros fatores ainda não suficientemente conhecidos, a possibilidade de identificar algumas diferenças entre a histeria e a neurose obsessiva. A primeira estaria relacionada a uma experiência sexual vivenciada passivamente pelo sujeito, enquanto na segunda a experiência teria provocado sensações prazerosas. A generalidade da “cena de sedução”, que posteriormente levará Freud a novas elaborações, sobretudo àquelas relativas à sexualidade infantil e ao Édipo, parece começar a ganhar evidência. Essa questão da “*escolha da neurose*” percorre, a partir de então, toda a obra de Freud.

Vale, nesse momento, uma tentativa de aproximação da clínica de Freud contemporânea a esses textos. Procuraremos resistir à riqueza do material clínico que Freud nos fornece, concentrando nossa atenção em um aspecto particular e relativo à nossa hipótese. Vários autores já se beneficiaram dos casos dos *Estudos...* para empreitadas significativamente importantes, revelando a fecundidade desse material.

A nós interessa o uso que Freud faz da melancolia para falar de um tipo de sofrimento de suas pacientes. Este é o ponto que pretendemos destacar, além de alguns traços fundamentais da histeria. Ao olharmos para essas descrições clínicas, não assumiremos, portanto, o compromisso de resumir os casos procurando simplesmente salientar alguns de seus aspectos.

As histéricas de Freud e a depressão melancólica.

A apresentação dos casos clínicos é inaugurada pelo de Anna O., célebre paciente de Breuer, que preenchia os espaços vazios entregando-se ao seu “*teatro particular*”. Era assim que ela chamava seus devaneios. Sua doença, de sintomatologia bastante variada - uma tosse nervosa, estrabismo convergente, contraturas musculares e anestésias - manifestara-se durante a doença de seu pai, que faleceu poucos meses depois de adoecer.

Essa moça de vinte anos, “*intelecto poderoso e dotes poéticos e imaginativos*” foi quem batizou o tipo de tratamento que recebia de “*talking cure*”. Na verdade, as palavras pareciam lhe faltar, embora ela recorresse, nessa “*cura pela palavra*”, às cinco línguas que conhecia.

Breuer fala de dois estados de consciência distintos em Anna O. Ela própria refere-se a “*dois eus*”. Quando estava livre de alucinações, Anna apresentava-se melancólica e angustiada chegando até mesmo a inúmeras tentativas de suicídio após a morte de seu pai. Ao final da discussão desse caso, Breuer faz a seguinte observação: “*Numa ocasião, depois de terem cessado os fenômenos histéricos, a paciente estava apresentando uma depressão temporária, ela apresentou grande número de temores e auto-recriminações infantis, entre eles a idéia de que de modo algum estivera doente e tudo aquilo fora simulado.*”⁸¹

Por enquanto, gostaríamos apenas de salientar como o estado descrito por Breuer como depressivo e com auto recriminações remete-nos imediatamente à melancolia tal como Freud a descreve no texto de 1917, *Luto e melancolia*.

Já Emmy, paciente de Freud, apresentava poucos sintomas conversivos. Eles se restringiam a um distúrbio de fala, ela gaguejava e produzia um estalido com a língua. A excitação, originariamente psíquica, permanecera nessa esfera produzindo um determinado “*estado mental*”. Os “*sintomas psíquicos*”, nesse caso de histeria em que havia pouca conversão, “*...podem ser divididos em alterações do humor (angústia, depressão melancólica), fobias e abulias (inibições de vontade).*”⁸². Novamente observamos a necessidade de uma referência à melancolia.

Não deve causar surpresa a referência de Freud à melancolia nesses casos. De fato, a dimensão melancólica manifesta-se nas mais diferentes estruturas psíquicas. Momentos de melancolização atravessam praticamente qualquer análise. Interessa-nos, é sempre bom lembrar, encontrar a especificidade dessa dimensão melancólica para a histeria, buscando sobretudo o seu valor paradigmático ou revelador para o sofrimento histérico.

⁸¹ Breuer, J. & Freud, S. “Estudos sobre a histeria”. In: Freud, S. *ESB*. vol. II. p. 80

⁸² *Ibid.* p. 116

No *Rascunho G*, contemporâneo dos “*Estudos...*” Freud fala da melancolia como um excesso de energia na sua forma psíquica que, na impossibilidade da “*ação específica*” aumenta incessantemente e que, não podendo eleger um objeto exterior, acaba por provocando um furo no psiquismo, o “*buraco hemorrágico*”. Emmy, como vimos acima, tinha segundo Freud um excesso de energia na sua forma psíquica. Esse excesso aparecia de várias formas entre elas, a depressão melancólica.

Emmy e Anna O. permitem que Freud explicita um aspecto fundamental para a montagem da sintomatologia histérica: o sentimento de repulsa. Entre outras situações que provocam repulsa e que são descritas por Freud, uma delas é particularmente ilustrativa: Anna O. não bebia nada há algumas semanas, resolvendo parcialmente sua sede através do consumo de algumas frutas. A explicação para essa impossibilidade veio quando, sob hipnose, ela revelou ter entrado no quarto de sua dama de companhia e visto o cão desse senhora bebendo água num copo. Anna experimentou um intenso sentimento de repulsa, recusando-se em seguida a tocar qualquer copo com seus lábios. O sentimento de repulsa vem do movimento inverso do que se passa na conversão.

A repulsa é provocada por uma queda do erótico para o funcional, quando algo do real dessexualizado irrompe, algo sobre o qual não se pode dizer nada, embora produza uma sensação. O trauma tem bem este lugar: algo que não pode ser elaborado e tampouco é passível de um recalque bem sucedido, retornando como sintoma histérico. De fato, na histeria trata-se de uma falha no recalque, do contrário a paciente não sofreria de reminiscências, desfrutando somente de lembranças simbolizadas.

O sentimento de repulsa ocupará um lugar privilegiado na discussão de uma de nossas paciente, Luísa. É entre o obsceno e o sagrado que ela tenta encontrar um caminho, algo para dizer, já que do obsceno, bem como do sagrado, não há o que dizer. Voltaremos a essa discussão mais a frente, situando-a em relação aos tipos de gozo.

Por hora, importa situar a importância do sentimento de repulsa e o seu correlato na histeria, a conversão. A repulsa surge quando no lugar do sexual surge o orgânico; enquanto a conversão hipersexualiza o corpo real, orgânico. A função orgânica do corpo submete-se a outros fins, àqueles da sexualidade. A anorexia ou a bulimia são a demonstração mais clara dessa confusão entre corpo real, orgânico e corpo sexualizado.

Lembremos o manuscrito G onde Freud diz que a anorexia é a neurose nutricional paralela à melancolia. A anorexia, diz Freud, “*é uma melancolia em que a sexualidade não se desenvolveu*”. As pulsões sexuais sobrepõem-se às pulsões do eu. A fome não pode ser atendida pois os fins sexuais se impõem sem qualquer mediação do simbólico, diretamente no corpo funcional.

A questão da erotização do corpo é fundamental na histeria e poderá ser melhor situada a partir de algumas contribuições posteriores ligadas à constituição do eu nas primeiras trocas libidinais do sujeito.

Na histeria trata-se de uma dificuldade dos órgãos de servir aos dois grupos pulsionais, as pulsões sexuais e as pulsões do eu, ligadas à auto-conservação. Há sempre uma ameaça para a histérica de que o véu se rasgue e algo do real dessexualizado surja.

Lucy R., também paciente de Freud, havia perdido todo o sentido do olfato e era perseguida por uma ou duas sensações olfativas subjetivas, “*que lhe eram muito aflitivas*”. Depois de examiná-la Freud resume o quadro com a seguinte frase: “*Sofria de depressão e fadiga e era atormentada por sensações subjetivas de olfato*”. Mais a frente, na apresentação do caso, acrescenta: “*Sua depressão talvez fosse o afeto ligado ao trauma, e deveria ser possível encontrar uma experiência em que esses odores, que agora se haviam tornado subjetivos, tivessem sido objetivos*”⁸³. Em seguida, propõe que tomemos as alucinações olfativas de Lucy em conjunto com a depressão que as acompanhava, como equivalentes a um “*ataque histérico*”. Novamente vemos o conflito histérico, que sem poder ser representado simbolicamente pelo corpo, aparece sob a forma depressiva.

Numa nota de rodapé acrescentada ao caso de Elizabeth Von R., Freud refere-se a uma outra paciente de nome Mathilde H., que sofria de uma paralisia parcial das pernas, era “*uma bela jovem de dezenove anos*”.

Esta jovem procurou-o depois de já haver feito um contato anterior. Desta vez, “*por uma alteração em seu caráter. Ficara deprimida a ponto de chegar a um ‘taedium vitae’, mostrando-se irritadiça, inacessível e sem a menor consideração com a mãe.*”. Em seguida, Freud acrescenta: “*o quadro da paciente como um todo impediu-me de presumir que se tratasse de uma melancolia comum.*”.

⁸³ Ibid. p.134

Invertendo a observação de Freud podemos supor que algo do quadro apresentado por Mathilde sugeria uma melancolia. A melancolia comum é, segundo o *Rascunho G*, aquela causada por uma diminuição da excitação no grupo sexual somático deixando, dessa forma, o grupo psíquico sem seu combustível que permitiria a “ação específica”. O enfraquecimento do grupo sexual somático pode ocorrer por várias razões, entre elas, por exemplo, pelo excesso de masturbação que faz a energia escoar antes que ela possa dirigir-se para a realidade exterior.⁸⁴

A menção aos casos clínicos de Freud tem neste trabalho a função de destacar os freqüentes recursos do autor à questão da melancolia para falar do sofrimento de suas pacientes. Freud recorre à melancolia para explicar o sofrimento que não é dito pelo corpo, através dos sintomas conversivos.

O abandono da neurótica

Em pouco tempo Freud deixa de considerar o trauma como um acontecimento real e passa, a partir da elaboração do complexo de Édipo, a atribuir à fantasia o conteúdo conflituoso das histéricas. É o abandono da neurótica.⁸⁵

O trauma, passa a ser a sexualidade em si. Ela é traumática pela sua intensidade transbordante para um eu ainda imaturo.

Essa guinada na teoria tem implicações essenciais no desenvolvimento e construção da teoria e técnica psicanalíticas. Sobre um acontecimento real pouco pode ser transformado, enquanto no campo da fantasia, as aberturas são muitas. O simbólico pode operar e, portanto, a análise pode acontecer.

⁸⁴ (1895?) Freud, S. - “manuscrito G”. In: Masson, J.M. (ed) *A Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess : 1887-1904*. Rio de Janeiro: Imago, 1986. pp 98-106.

⁸⁵ (1896/1986) Freud, S. – Carta a Fliess. In: Masson, J.M. (ed). op. cit. pp. 265-267.

“O desejo, com efeito, está aberto ao remanejamento dialético, visto que está submetido às leis do simbólico – é suscetível de metaforização e deslocamento – enquanto o trauma deixa as marcas do impacto de um gozo (seja ele marcado por um “não tanto” na histérica ou um demais no obsessivo), gozo que resiste à simbolização e insiste através do sofrimento do sintoma.”⁸⁶

A obra maior de Freud, *A Interpretação dos sonhos*, traz uma grande contribuição para a teoria da histeria. Primeiramente, na medida em que avança consideravelmente a teoria do aparelho psíquico e, em seguida, pela contribuição relativa especificamente à histeria. O sonho da *bela açougueira* e a análise dele feita por Freud é retomado por muitos autores⁸⁷ e revela as particularidades da identificação histérica. Tratava-se de uma paciente, conhecedora da teoria freudiana sobre os sonhos e, desejosa de contradizê-la. Ela lhe conta um sonho que, pensava ela, contradizia a teoria de que os sonhos seriam realizações de desejos inconscientes.

“Eu queria oferecer uma ceia, mas não tinha nada em casa além de um pequeno salmão defumado. Pensei em sair e comprar alguma coisa, mas então me lembrei que era domingo à tarde e que todas as lojas estariam fechadas. Em seguida, tentei telefonar para alguns fornecedores, mas o telefone estava com defeito. Assim, tive que abandonar meu desejo de oferecer uma ceia.”⁸⁸

Freud começa então junto com sua paciente uma investigação dos elementos que contribuíram para a construção desse sonho e após “vencer algumas resistências” verifica que ela, muito apaixonada pelo marido açougueiro, sentia ciúmes quando este elogiava uma amiga muito magra, que desejava engordar. Essa mesma amiga havia, na véspera, comentado com a paciente que gostaria de ser convidada para jantar em sua casa

⁸⁶ Millot, C. – *Nobodaddy : a histeria no século*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. p. 14.

⁸⁷ (1958) Lacan, J. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro, Zahar. 1998. pp. 591-652

- André, S. - *O que quer uma mulher?* Rio de Janeiro: Zahar, 1987. pp 140- 143

- Cabrol, G. & Parat, H. “L’hystérie selon Freud” in: *Monographies de psychanalyse*. Paris : PUF, 2000. pp. 11-30.

⁸⁸ (1900) Freud, S. - “A interpretação dos sonhos”. In: _____. *ESB*. vol. IV p. 181

onde se comia muito bem. A partir daí as coisas começam a ficar mais claras e Freud pode formular a interpretação de que sua paciente desejava não convidar a tal amiga para jantar pois, do contrário, ela poderia engordar e agradar ainda mais ao marido da paciente que preferia mulheres mais cheias.

Antes, porém, dessa conclusão a paciente fizera algumas outras associações iniciais quando Freud, depois de concordar com a paciente sobre o desejo não realizado no sonho, lhe perguntara porque ela deveria ter um desejo insatisfeito. Ela dissera a Freud que havia pedido ao marido que não atendesse ao seu desejo de comer um sanduíche de caviar todas as manhãs. Além disso ela conta a Freud que seu marido quer emagrecer e decidiu não mais aceitar convites para jantar.

Freud pergunta a sua paciente sobre um elemento que, do seu ponto de vista, continua sem explicação: o salmão defumado. Ela lhe responde que esse seria o prato predileto da amiga. Freud então propõe uma segunda interpretação para o sentido do sonho afirmando que as diferentes interpretações não são contraditórias, mas confirmam a característica do sonho bem como o de outras estruturas psicopatológicas de abarcarem mais de um sentido. A paciente estaria identificada com sua amiga. Ela queria que o desejo da amiga de engordar não se realizasse mas eram seus próprios desejos que eram irrealizáveis no sonho. Identificava-se com a amiga pois queria ocupar o lugar que ela imaginava que a amiga tinha para seu marido.

Freud então faz algumas considerações sobre a identificação histórica que não é, segundo Freud, uma simples imitação. Trata-se, sim, de uma “...*assimilação baseada numa alegação etiológica semelhante; ela expressa uma semelhança e decorre de um elemento comum que permanece no inconsciente.*”⁸⁹. Em seguida Freud acrescenta que esse elemento comum é um elemento sexual e que isso faz sentido na interpretação do sonho de sua paciente. Ela identifica-se com a amiga, de quem sente ciúmes, pois queria ser admirada pelo marido da mesma forma como ele admirava a amiga. Ou, segundo Lacan, a *bela açougueira* queria “*ser o falo, nem que seja um falo meio magrelo*”⁹⁰.

⁸⁹ Ibid. p. 184

⁹⁰ (1958) Lacan, J. - “A direção do tratamento e os princípios do seu poder”. op. cit. p.633.

Serge André chama atenção para um aspecto não analisado por Freud a propósito desse sonho: a oralidade. Aproveitando-se, então, do comentário de Lacan sobre a anorexia: “*É a criança alimentada com mais amor que recusa o alimento e usa sua recusa como um desejo*”⁹¹ ele acrescenta que na clínica da histeria vemos uma sexualização da função orgânica do corpo fazendo prevalecer o apetite sobre a satisfação alimentar. Assim, pedindo ao marido que não lhe dê caviar a mulher do açougueiro transforma o caviar de “*objeto de sua demanda em significante de seu desejo impossível de satisfazer*”⁹². Na anorexia, nos diz André, isso é radicalizado e a boca e o estômago consagram-se como o vazio, abandonando sua função fisiológica e só servindo a uma função erótica de sustentação do desejo.

Essa discussão faz-me lembrar de uma paciente em análise. Depois de superar uma fase grave de anorexia apresentava somente crises de bulimia e revela gastar boa parte do seu tempo com devaneios em que ela imaginava como o namorado, com quem estava profundamente envolvida, a abandonaria ou em como as colegas, na volta às aulas depois das férias, estariam diferentes e não teriam mais amizade por ela. Depois dessas revelações ela diz, um pouco surpresa, que chega até a chorar quando imagina essas cenas. “*Mas parece que eu gosto desse sofrimento, eu não entendo...*”. O seu desejo precisava permanecer insatisfeito sob o risco de perdê-lo para sempre. Quando o corpo não lhe servia como suporte para sustentar sua insatisfação ela recorria aos devaneios ou, ao seu “*teatro particular*”, assim como fazia Anna O..

Ainda seguindo a discussão de S. André, trata-se na histeria de preservar o nada pagando o preço da insatisfação. Um nada que ela estará sempre a desejar. O preenchimento da função oral pelo alimento deixaria um nada, o nada que resta depois que o seio deixa a boca. “*É a este nada que a histérica se reduz radicalmente em sua fantasia quando procura questionar o desejo do Outro para além de sua demanda.*”⁹³. O autor acrescenta que esse apreço pelo nada pode ser observado na relação analítica e nas reações das histéricas às interrupções das sessões. Segundo André, “*ela coloca seu ser neste tempo de interrupção, de vacância.*”⁹⁴

⁹¹ Ibid. p.634

⁹² André, S. op. cit p.144

⁹³ Ibid. p. 144

⁹⁴ Ibid. p. 145

Finalmente, as elaborações de *Interpretação dos Sonhos*, junto com análise de Dora, inauguram o desprendimento da teoria da sedução real e promovem a elaboração de uma organização fantasmática em jogo na histeria. O paralelismo entre os mecanismos do sonho e o da formação dos sintomas histéricos é estabelecido, ambos obedecendo às leis do deslocamento e condensação, sendo o primeiro o mecanismo preponderante na neurose obsessiva e o segundo, fundamental para a histeria.

Ao falarmos do caso Dora não podemos nos esquecer dos *Três ensaios sobre a Sexualidade*, texto contemporâneo, que traz um aporte significativo tanto para a histeria como para todo o campo das neuroses, ao tratar da sexualidade infantil como "*perversa polimorfa*". Com a célebre frase "*A neurose é o negativo das perversões*"⁹⁵ Freud propõe que a etiologia das neuroses está ligada não somente à sexualidade normal recalcada, mas também às moções perversas inconscientes.

A importância da oralidade para a histeria é pela primeira vez mencionada por Freud no caso Dora. Como se sabe, essa dimensão oral da histeria será amplamente explorada por diversos autores posteriormente.

Dora torna-se uma das célebres paciente de Freud, entre outras razões, por inaugurar o debate sobre a transferência e sua importância no tratamento. Embora a questão das transferências já tenha aparecido na obra de Freud, é com Dora que o fenômeno ganha um valor heurístico mais preciso, como revelador da verdade inconsciente. É no caso Dora que Freud reconhece que o analista tem um papel na transferência e, além das revisões feitas pelo próprio Freud à análise desse caso, muitos outros autores o retomam na literatura psicanalítica.

Ainda que o complexo de Édipo não estivesse explicitamente conceitualizado na obra de Freud naquele momento ele já determinava, contudo, as diretrizes fundamentais para essa análise de um caso de histeria.

⁹⁵ (1905) Freud, S. - "Três ensaios sobre a sexualidade". In: _____. *ESB*. vol.VII. p.157

Em 1923, Freud acrescenta a esse artigo uma nota reconhecendo o papel da homossexualidade não analisada e do prejuízo causado pela sua contra-transferência nessa análise. Ele entende que Dora ama o Sr K. por um deslocamento de seu amor pelo seu pai e inclui-se ele próprio como um dos pontos de parada no trajeto desse amor. Segundo Lacan, é quando Freud interpreta o amor de transferência de Dora que a análise fracassa. Os deslizamentos já não são mais possíveis.

Pouco tempo depois, em *Fantasia histéricas e sua relação com a bissexualidade*, Freud explicita algo que não ficou tão evidente no caso Dora, ou seja, a natureza bissexual da fantasia geradora do sintoma histérico e admite não ter-se dado conta do desejo homossexual que Dora nutria pela Sra. K⁹⁶. Alguns anos depois, muitos autores chamam atenção para ainda mais um aspecto negligenciado por Freud.

Dora, de fato, estava interessada na Sra. K. mais do que em qualquer outro personagem dessa história. No entanto, ela não era um objeto de amor homossexual como Freud imaginou. O que despertava o interesse de Dora era o que fazia da Sra. K. uma mulher e, sobretudo, uma mulher desejável. Receber a atenção do marido da Sra. K. permitia que Dora se identificasse a ela. No momento em que o Sr. K. afirma que sua mulher não significa nada para ele Dora não pode mais manter essa relação sob o risco de perder sua frágil identificação; passando a ver o nada projetado no espelho.

São nove as fórmulas que Freud propõe no texto sobre a fantasia bissexual na histeria. Optamos por transcrevê-las aqui por acreditarmos que elas possam resumir a visão da histeria até esse momento da obra de Freud.

“(1) Os sintomas histéricos são símbolos mnêmicos de certas impressões e experiências (traumáticas) operativas.

(2) Os sintomas histéricos são substitutos, produzidos por ‘conversão’ para o retorno associativo dessas experiências traumáticas.

(3) Os sintomas histéricos são – como outras estruturas psíquicas – uma expressão da realização de um desejo.

⁹⁶ (1908) Freud, S. - “Fantasia histéricas e sua relação com a bissexualidade”. In: _____. *ESB*. vol..IX. pp. 147-156.

(5) *Os sintomas histéricos estão a serviço da satisfação sexual e representam uma parcela da vida sexual do sujeito (uma parcela que corresponde a um dos constituintes do seu instinto sexual)*

(6) *Os sintomas histéricos correspondem a um retorno a um modo de satisfação sexual que era real na vida infantil e que desde então tem sido reprimido.*

(7) *Os sintomas histéricos surgem como uma conciliação entre dois impulsos afetivos e instintuais opostos, um dos quais tenta expressar um instinto componente ou um inconsciente da constituição sexual, enquanto outro tenta suprimi-lo.*

(8) *Os sintomas histéricos podem assumir a representação de vários impulsos inconscientes que não são sexuais, mas que possuem sempre uma significação sexual.*

(9) *Os sintomas histéricos são a expressão, por um lado, de uma fantasia sexual inconsciente masculina e, por outro lado, de uma feminina.*"⁹⁷

Ainda em 1909, encontramos na análise do pequeno Hans, um caso de fobia, uma ampliação das manifestações histéricas com a definição da histeria de angústia. Na histeria de angústia a libido, desligada da representação recalcada, tem um destino diferente daquele na histeria de conversão. A libido, ao invés de converter-se no corpo, é liberada sob a forma de angústia que acaba, por ação do deslocamento, provocando uma fobia. Assim o paciente liberta-se da angústia sujeitando-se a inibições e restrições e evitando o contato com tudo o que possa despertar angústia.⁹⁸

São os diferentes destinos do afeto desligado de uma representação recalcada que intrigam Freud.

⁹⁷ Ibid. p.152-153.

⁹⁸ (1909) Freud, S. - "Análise de uma fobia em um menino de cinco anos". In: _____. *ESB*. vol.X pp. 13-136.

O conflito central da histeria localizava-se para Freud, a essa altura, entre as pulsões do eu e as pulsões sexuais. O fenômeno da cegueira histérica permite que Freud insista sobre o papel erógeno de um órgão que, abandonando seu papel funcional, comporta-se exatamente como um órgão genital contestando um controle do eu. O órgão abandona sua função ficando a mercê da pulsão sexual e o sintoma passa a ser entendido como uma realização simbólica de um desejo, assim como o sonho.

A partir desse momento, encontramos poucas contribuições especificamente ligadas à histeria, embora várias das elaborações metapsicológicas toquem obrigatoriamente o saber constituído até aquele momento sobre a histeria.

A teoria do narcisismo, das pulsões, bem como a segunda tópica freudiana são, a partir de então, os novos elementos em relação aos quais seria preciso situar a histeria.

Em 1926, em *Inibição, sintoma e angústia*, Freud refere-se novamente à experiência de passividade sexual vivida pela histérica e acrescenta: O sintoma histérico é uma solução de compromisso entre a necessidade de satisfação imposta pela pulsão e a necessidade de punição advinda do supereu. Temos já aí a entrada da segunda tópica e a contribuição de 1914 sobre o narcisismo que introduz, ente outras coisas, as instâncias ideais.

Regressão, auto-erotismo e narcisismo.

A questão da identificação histérica contrapondo-se à identificação narcísica aparece em *Luto e Melancolia*. O mecanismo de identificação ao objeto que comanda a melancolia, diz-nos Freud, aparece também nas neuroses de transferência e é um fator reconhecidamente importante na formação de sintomas, sobretudo nos histéricos. Na identificação de tipo narcísico, o objeto é abandonado e sua “*sombra recai sobre o eu*”, a exemplo do que se passa com a melancolia. Na identificação histérica, ao contrário, a relação com o objeto permanece, no imaginário, ainda que a libido também tenha sido retirada dos objetos externos.

A manutenção do investimento de objeto diferencia as neuroses de transferência das neuroses narcísicas ou ainda das psicoses. Ainda que o investimento no objeto externo seja abandonado na histeria a libido passará a investir os objetos da vida fantasmática e - esta é a ligação com a elaboração do Édipo - os primeiros objetos incestuosos já recalçados.⁹⁹ . A regressão do investimento libidinal aos primeiros objetos libidinais exclui contudo, segundo Freud, uma regressão a um estado anterior da organização libidinal. Embora afirme que, na histeria, a unificação das pulsões parciais sob o primado da genitalidade teria sido bem sucedida, na conferência seguinte Freud relativiza o que afirmara¹⁰⁰.

A importância da regressão da libido nas neuroses de transferência e particularmente na histeria tem, evidentemente, uma grande importância para o nosso projeto. É de uma regressão narcísica que falam os momentos de melancolização em estruturas histéricas. Esses momentos são, exatamente, aqueles que nos conduziram à hipótese da melancolia constituir-se como um paradigma para a compreensão do sofrimento histérico. Interessa-nos o que, na histeria, poderia provocar um empobrecimento da vida fantasmática a ponto de provocar uma retração dos investimentos objetais e da libido que, redirigida ao eu sem a mediação objetal, teria o efeito de um furo no psiquismo por onde, a partir de então, escoariam todos os novos aportes libidinais.

Na conferência XXIII, sobre a formação de sintomas, Freud tratará, como ele próprio sublinha duas vezes, exclusivamente da formação de sintomas na histeria. Pois bem, é aí que encontramos, como dissemos acima, a relativização do conceito de regressão para a neurose histérica.

Seguiremos agora, de bastante perto, as idéias contidas nessa conferência. Os sintomas neuróticos são, como diz Freud, resultado de um conflito. Duas forças antagônicas nele se reconciliam e este é o ponto responsável pela resistência em abandoná-lo. O sintoma é apoiado por duas forças antes em conflito. Deve haver, além disso, uma libido insatisfeita, repelida pela realidade, mobilizando também a formação

⁹⁹ (1917 [1916-1917]) Freud, S. - “Conferências introdutórias sobre psicanálise: conferência XXII”
In: _____. *ESB*. vol. XVI. pp. 397-418.

¹⁰⁰ (1917 [1916-1917]) Freud, S. - “Conferências introdutória sobre psicanálise: conferência XXIII”
In: _____. *ESB*. vol. XVI. pp. 419- 440.

sintomática e visando novas formas de satisfação. Diante de uma intransigência da realidade resta a libido a via regressiva buscando satisfazer-se em organizações ou objetos, ambos já abandonados.

A viabilidade da regressão é dada pela fixação. Ou seja, para que haja regressão é preciso que a libido tenha deixado, ao abandonar os postos anteriores, parte do seu contingente. Essa regressão encontra, nos neuróticos, resistências por parte do eu retirando-se, então, dessa instância e dirigindo-se a fixações recalçadas. O investimento nessas fixações livra a libido da submissão às leis do eu passando para o domínio do inconsciente. As representações, agora reinvestidas, não se submetem ao eu ou às leis do processo secundário. O processo primário, as leis do inconsciente, sobretudo a condensação e deslocamento, presidirão o processo a partir de dali. Daí a semelhança da formação dos sintomas na histeria com a construção onírica. Contornando o recalque, o investimento regressivo dessas fixações permite assim uma satisfação libidinal, ainda que restrita e difícil de ser reconhecida, como lembra Freud.¹⁰¹

Sigamos ainda a esclarecedora conferência freudiana. Qual é a natureza dessas fixações libidinais? Freud não hesita em responder: a libido ficou fixada nas atividades e experiências da sexualidade infantil bem como nas tendências parciais e objetos ulteriormente abandonados.

A intensidade de uma fixação pode ser determinada, esclarece Freud, tanto pelo caráter traumático que uma experiência possa ter tido na época em que foi vivenciada como pode ser dada a partir de um movimento regressivo da libido, ou seja, uma experiência puramente casual ganha força com o efeito de uma ação *a posteriori*. Assim, entre uma “*inibição do desenvolvimento*” extrema e uma “*regressão*”, também extrema, existe um mundo de possibilidades intermediárias.

O caráter ilimitado da possibilidade regressiva faz com que os neuróticos possam buscar em uma fase bastante precoce do desenvolvimento a experiência de satisfação, o momento em que a libido não se privava de satisfação, em que “*eram felizes*”.

¹⁰¹ Ibid. pp 421-422.

O sintoma, então, constitui-se como algo absolutamente irreconhecível para o sujeito que não se dá conta da satisfação ali embutida experimentando, na verdade, um sofrimento.

De fato, acrescenta Freud – e isso é particularmente importante para a formação de sintoma na histeria – o que promovia a satisfação do sujeito em determinada época passa, depois, a causar repugnância e, conseqüentemente, resistência. Lembremo-nos, a título de exemplo, do sintoma de Anna O., evocado anteriormente. Ela não podia, depois de ver o cachorro da dama de companhia bebendo água em um copo, tocar seus lábios em nenhum copo sob o prezo de experimentar uma sensação de forte repugnância. Sua sede devia continuar insatisfeita. Vemos aí, uma solução de compromisso entre o desejo de retomar uma forma antiga de satisfação libidinal, a oral e a censura que lhe é correlata.

O sintoma, tendo sido formado na complexidade de tal processo, não se assemelha a nada a que, comunmente atribuiríamos uma satisfação. Os sintomas desprezam os objetos abandonando a realidade externa. Trata-se, diz Freud, de um retorno a “*um tipo de auto erotismo difuso*” que a pulsão proporcionava nas primeiras satisfações. A tentativa da pulsão de encontrar satisfação no mundo externo é abandonada e substitui-se por uma satisfação buscada no próprio corpo.

Antes de abandonarmos a *Conferência XXIII* resta ainda um último ponto a ser retomado. Trata-se do estatuto da fantasia. “*As fantasias possuem realidade psíquica, em contraste com a realidade material, e gradualmente aprendemos a entender que, no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva.*”¹⁰² Algumas dessas fantasias responsáveis pela fixação da libido em fases anteriores do desenvolvimento são especialmente recorrentes. A elas, pois, é atribuída uma maior importância. Freud, então esclarece o conteúdo dessas fantasias primordiais: “*observação do coito dos pais, sedução por um adulto e ameaça de ser castrado.*”¹⁰³

Freud observa ainda que a fantasia de sedução por um adulto é utilizada, em geral, para encobrir um período auto-erótico da sexualidade. Lembremo-nos de que esse tipo de fantasia é típico da organização histérica indicando, pensamos poder supor, uma importância desse período do desenvolvimento libidinal nessa organização.

¹⁰² Ibid. p. 430.

¹⁰³ Ibid. pp. 430-431.

Pois bem, o reino da fantasia é onde sobrevivem os objetos, tendências e seus derivados dos quais o eu foi obrigado a desprender-se pelas exigências do princípio de realidade. Graças a essa “*reserva natural*” – lugar onde, como lembra Freud, sobrevive tudo aquilo que não suporta uma mudança ambiental, tudo aquilo que é inútil e até nocivo para uma nova ordem. - a libido pode reencontrar antigas formas de satisfação consolando-se das frustrações impostas pela realidade.

O reino da fantasia é paradoxalmente, ao mesmo tempo, o caminho para a formação sintomática e, essencial para a sobrevivência psíquica. A saída artística, sugere Freud, é aquela que permite o caminho de volta da fantasia para a realidade. A satisfação obtida a partir do reinvestimento na vida fantasmática é, obrigatoriamente, limitada. Pois bem, fazendo o retorno para a realidade efetiva, a partir da obra de arte o sujeito poderia experimentar um outro tipo de satisfação.

Uma de nossas pacientes, Luísa, de quem falaremos mais tarde, tratava sua condição de artista como *um dom e uma maldição ao mesmo tempo*. O acesso à fantasia é universal, diz Freud, entretanto, para aquele que não é artista o prazer que esse retorno produz é muito limitado. Já o artista é capaz de dar forma aos seus devaneios de modo que eles percam “*aquilo que neles é excessivamente pessoal e que afasta demais as pessoas, possibilitando que os outros compartilhem do prazer obtido nesses devaneios.*”¹⁰⁴

Veremos com Abraham, a seguir, o destino que os devaneios podem ter em uma organização histórica no momento em que a formação sintomática tipicamente histórica falha. Sem acesso aos recursos dos artistas e nós acrescentaríamos sem acesso à criatividade¹⁰⁵, portanto, sem poder transformar seus devaneios, o sujeito que a eles se entregou é remetido a um estado depressivo, estado de vazio em que nada faz sentido. É o reino da fantasia ameaçado pelo nada.¹⁰⁶

¹⁰⁴ Ibid. p. 439

¹⁰⁵ Dizemos criatividade no sentido que Winnicott dá ao termo. A possibilidade criativa não está obrigatoriamente associada a produção artística tendo maior amplitude.
Abram, J. – *A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*.

Rio de Janeiro: Revinter, 2000. pp. 83-95.

¹⁰⁶ Ende, M. - *A história sem fim*. São Paulo: Martins Fontes, 2000. (8ª ed). 1ªed. 1985. 392 p.

Essa impossibilidade, a ameaça pelo nada será relacionada posteriormente às dificuldades encontradas pelo sujeito na assunção da posição feminina por mulheres e homens. Introduzimos desde já, portanto, uma distinção fundamental para o nosso trabalho: entre o vazio e o nada. O vazio supõe uma rede simbólica que o suporta, só se pode falar de vazio de alguma coisa e, assim, o vazio constitui-se como um espaço potencialmente criativo. Quando falamos em "nada" falamos de uma ausência de possibilidades, da perda de sentidos. Esse nada é, supomos, aquilo de que a histérica protege-se através de suas fantasias. Entre o vazio e o nada pensamos poder situar a questão do sofrimento na histeria.

Depois desse pequeno parênteses que pretende indicar ao leitor nosso caminho, passemos às contribuições de Ferenczi e Abraham.

Ambos interlocutores de Freud, esses autores destacam-se como os que primeiro ressaltaram a importância de fixações primitivas na histeria embora tenhamos visto acima, com Freud, a importância do retorno a uma satisfação auto-erótica para essa organização. Ferenczi relacionou a histeria a uma fragilidade narcísica enquanto Abraham ressaltava o aspecto oral da histeria. Devido a pertinência desses aspectos para a sustentação de nossa hipótese retomaremos brevemente esses autores antes de olharmos atentivamente para a relação do feminino, da identidade feminina e, portanto, do complexo de Édipo com a histeria.

Ferenczi e a regressão narcísica na histeria.

Ferenczi foi, entre os interlocutores de Freud, um dos que mais se dedicou à histeria. Dentre suas inúmeras contribuições destacaremos aquelas relativas às regressões, particularmente aquelas em ação na estrutura histérica.

Em 1913, o psicanalista húngaro relaciona a conversão histérica a uma regressão ao *estádio de magia gestual*. Tal estágio corresponde a habilidade desenvolvida pela criança antes do acesso à linguagem verbal. Trata-se da possibilidade de comunicar algumas necessidades básicas por uma combinação de gestos. Um exemplo da aquisição dessa condição é a capacidade da criança para estender a mão na direção de um objeto que deseja.

Como, segundo Ferenczi, a maioria dessas expressões gestuais será eficiente, a criança obterá satisfação através da manifestação motora podendo, ainda por algum tempo, continuar a crer-se onipotente. A regressão a esse estágio do desenvolvimento do eu justifica o mecanismo de conversão histérica, ou, o salto do psíquico para o somático. Já a intensidade dos desejos, dos “*modos e fins eróticos*” da neurose histérica deve ser procurada na fase do desenvolvimento libidinal e não na do desenvolvimento do eu. A fixação da libido na histeria é, responde finalmente Ferenczi, ao auto-erotismo e ao complexo de Édipo. É desses momentos do desenvolvimento libidinal, portanto, que a histeria tirará a intensidade de seus desejos bem como seus “*modos e fins eróticos*”.¹⁰⁷

O interesse de Ferenczi, no artigo em questão, é a compreensão de como se dá o acesso ao *sentido de realidade* e, aí, ele faz uma distinção importante. Tal *sentido* só pode referir-se ao campo das pulsões do ego, ligadas à auto-conservação, pois, a sexualidade, mais independente do mundo exterior, permanecerá a vida inteira submetida ao princípio do prazer. Assim, do ponto de vista da sexualidade, o auto-erotismo e o narcisismo são os estádios da onipotência do erotismo. Ora, lembra autor, o narcisismo não cessará jamais subsistindo sempre paralelamente ao erotismo objetal. Assim, limitando-se a amar a si mesmo, é sempre possível conservar a onipotência e esse será o caminho regressivo que sempre tomará o sujeito diante de uma decepção amorosa.

Em seguida, Ferenczi toca no ponto que pretendemos deixar sublinhado. Nos sintomas da demência precoce e da histeria supõe-se, segundo ele, uma regressão auto-erótica e narcísica enquanto, na neurose obsessiva e na paranóia, a fixação encontra-se já em um certo nível de desenvolvimento da “*realidade erótica*”. É o acesso a esse nível de realidade, sempre parcial para todos, que impulsionará o sujeito a buscar satisfação através de um objeto externo.¹⁰⁸

É também através de uma comparação entre a demência precoce de Krapelin e a histeria que Abraham vai tratar dos estados oníricos histéricos como modos de regressão ao auto-erotismo na histeria.

¹⁰⁷ (1913) Ferenczi, S. - “O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estádios” in: _____. *Escritos Psicanalíticos: 1909-1933*. Rio de Janeiro: Taurus. 1983 (?) Col. Ananke. Joel Birman (dir)

¹⁰⁸ Ibid. p. 85.

As contribuições de Abraham.

Nos textos do fundador do primeiro Instituto de Psicanálise, Karl Abraham, encontramos em 1908¹⁰⁹ suas primeiras reflexões sobre a histeria. Neste artigo ele faz, como observamos anteriormente, uma comparação da histeria com a demência precoce de Krapelin, utilizando-se largamente das contribuições freudianas de 1905 sobre a sexualidade infantil. Dado que as duas afecções têm como fonte os complexos sexuais recalçados e assemelham-se em suas manifestações, naquilo que tange o simbolismo sexual, Abraham interroga-se sobre o que pode diferenciá-las.

Retiraremos desse texto algumas observações que nos auxiliam a situar a discussão sobre a histeria na época, particularmente em relação à regressão.

Portador de um desejo sexual anormalmente intenso, atribuído pelo autor a características inatas, o neurótico sofre de uma falta de harmonia interna proveniente do campo das pulsões. O neurótico está constantemente às voltas com uma luta entre um desejo e sua recusa, sofrendo as conseqüências da contradição interna.

No surgimento da neurose, o conteúdo recalçado vem à consciência ou é convertido na forma de sintomas histéricos. Assim: “...os sintomas patológicos mórbidos constituem uma atividade sexual anormal.”¹¹⁰

Na demência precoce, ainda segundo Abraham, há um retorno à atividade sexual auto-erótica. A libido é retirada dos objetos de amor e não encontra a via da sublimação, o que justificaria a ausência, nas pessoas que padecem desta afecção, dos sentimentos adquiridos pela via desse mecanismo como: nojo, vergonha etc. É justamente o retorno ao auto-erotismo que vai marcar a diferença entre as duas patologias. Na demência precoce, a libido é retirada do objeto e a capacidade de sublimação é perdida. Na histeria, ao contrário, o investimento objetal seria excessivo e a sublimação seria expandida.

¹⁰⁹ (1908) Abraham, K. - “Les différences psychosexuelles entre l’hystérie et la demence précoce”. In: _____ . *Oeuvres complètes/1. 1907-1914*. Alençon: Payot, 1989. Science de l’homme. pp.41-52

¹¹⁰ Ibid. p.44.

Dois anos depois, entretanto, encontramos também em Abraham a possibilidade de uma regressão ao auto-erotismo também na histeria¹¹¹. Nesse artigo, o autor trata da construção metapsicológica dos “*estados oníricos*” na histeria. Ele afirma, a essa altura, que na histeria, ou ao menos quando se verifica a ocorrência de “*estados oníricos*”, podemos falar de um retorno ao auto-erotismo.

Baseando-se em um artigo de Löwenfeld¹¹² em que os “*estados oníricos*” são descritos como situações em que o mundo exterior parece diferente, estranho, deixando o paciente com a sensação de estar sonhando, hipnotizado, ou ainda, vivendo um episódio de sonambulismo, Abraham procura dar sua contribuição sobre o assunto visando ao esclarecimento de determinadas manifestações dos quadros histéricos.

O autor divide a manifestação estudada em três etapas distintas, que não correspondem a uma descrição clínica mas, auxiliam a empreitada metapsicológica pretendida aqui.

Uma primeira etapa, de “*exaltação imaginativa*” com conteúdo pessoal, funciona como um preâmbulo para a segunda fase, o “*estado onírico*” tal como o descreve Löwenfeld. Finalmente, Abraham descreve um terceiro estágio de “*vazio da consciência*”, no qual ocorre uma “*paralisação do pensamento*” um “*vazio do espírito*” terminando por um estado depressivo.

Nesse etapa de nosso trabalho não podemos fazer mais do que apontar o nosso interesse por essa elaboração que trata de um “*vazio*” misturado a um episódio histérico e seguido por um humor depressivo. Este conceito freqüentará nossas discussões acerca da melancolia.

O, assim chamado, terceiro estágio representa o auge desses estados bem como o seu desfecho. Não se trata apenas do final da produção fantasmática, mas também da interrupção de um estado tido, até aquele momento, como prazeroso e que passa, a partir desse terceiro momento, a ser vivenciado como algo fundamentalmente desagradável.

¹¹¹ (1910) Abraham, K. “Les états oniriques hystériques”. In: _____. *Oeuvres Complètes/1 (1907-1914)*. op. cit. pp.119-146

¹¹² Löwenfeld. “Über traumatische und verwandte Zustände”, *Zentralblatt für Nervenheilkunde*, 1º e 2º cahiers, août 1900. Apud (1910) Abraham, K. op. cit. p. 119.

Abraham considera esse fenômeno como mais uma, dentre as várias manifestações neuróticas. Uma forma de expressão de desejos inconscientes que, na “normalidade”, contentariam-se com a via dos sonhos. O sonho, durante o sono, não é suficiente para expressar os desejos inconscientes.

Traçando um paralelo entre os estados oníricos e as crises histéricas, Abraham lembra que ambos são substitutos de uma satisfação sexual e que o esvaziamento da consciência marca o ponto culminante de toda satisfação sexual, incluindo aquelas de cunho auto-erótico. Assim, o vazio da consciência é justificado da seguinte forma: depois de toda a atenção ter estado concentrada nos processos que buscam a satisfação sexual, quando esta é atingida, ocorre uma queda violenta do investimento da atenção levando a um “vazio da consciência” e este vazio provocado inicialmente por razões econômicas amplia-se ainda mais com a força do recalçamento.

Para finalizar o referido artigo, Abraham trata das relações entre os “estados oníricos histéricos”, manifestação psicopatológica da qual o artigo se ocupa, as crises histéricas e, por último, os acessos de angústia. Os estados oníricos e as crises histéricas serviriam-se de diferentes meios de representação visando basicamente os mesmos fins: representar os fantasmas recalçados. Na crise histérica o que está em jogo é uma ab-reação motora da libido recalçada enquanto, no estado onírico, o processo desenvolve-se sob a vida fantasmática, ainda que se utilizando, também de algumas reações motoras.

Retomando a preocupação expressa no artigo de 1908, o autor estabelece relações entre as manifestações patológicas da histeria e as da demência precoce. Nesse sentido, ele faz notar que os “estados oníricos” são encontrados, também, nos sujeitos afetados pela patologia descrita por Krapelin. Um jovem paciente de Abraham, classificado por ele como um caso de hebefrenia, referia-se a uma sensação de que tudo parecia teatro quando se encontrava nesses estados.

Os “estados oníricos”, embora sejam, nesses textos, discutidos no contexto específico da histeria são, essencialmente, mais uma das várias possibilidades de formações do inconsciente demonstrando, mais uma vez, a importância da histeria como ponto de partida para grande parte das investigações psicanalíticas na época.

Encontraremos sempre, retomando o artigo de Abraham, na origem da tendência aos devaneios diurnos em neuróticos mais ou menos graves, uma dificuldade em superar a nostalgia da atividade auto-erótica da infância.

Recapitulemos: um evento, de natureza variada, suscita um estímulo interno ou externo levando o sujeito a um estado de suspeita de sua capacidade de percepção, aquilo que acontece ao seu redor parece-lhe falso, não lhe dizendo respeito.

Abraham refere-se a uma moça que durante uma conversa com um homem por quem sentia-se excitava passa a considerar sua voz como estranha, estrangeira e sente-se transportada para fora da realidade, ou pelo menos daquela na qual ela sentia-se instalada até então. Em seguida a esse estado de estranheza vem o vazio do pensamento e, finalmente, a angústia. A partir da investigação clínica, o psicanalista alemão conclui que em pessoas dadas aos devaneios diurnos, a presença de qualquer situação desencadeadora os faz retomar a seus devaneios seguindo-se, a partir daí, as diferentes fases já descritas do “estado onírico”.

CAPÍTULO IV - RUMO AO FEMININO

Desde cedo a resolução do complexo de Édipo nas mulheres e a aquisição de uma identidade feminina impõem-se como uma questão problemática para Freud. No final de sua obra, o autor considera a recusa da feminilidade como o grande obstáculo para o final das análises.¹¹³

Diferentemente de alguns temas que atravessam períodos de esquecimento na história do pensamento psicanalítico, a questão da posição feminina nunca deixou de intrigar, recebendo contribuições de cada uma das gerações de psicanalistas. Assim, o material é vasto e retomaremos aqui apenas alguns pontos fundamentais dessa longa discussão. O tema serve ainda hoje de combustível para inúmeros e valiosos trabalhos o que nos impõe a necessidade de um recorte.

O tom enigmático com que Freud tratou a feminilidade ou, o "*continente negro*", explicita a insubordinação da identidade sexual psíquica à anatomia. O destino sexual do sujeito está longe de ser dado na partida e são os aspectos dessa construção de uma identidade sexual e mais especificamente, da feminilidade que nos interessam para que possamos, em seguida, compreender melhor onde tropeça a histórica.

O ponto de partida para a problematização da diferença sexual na obra de Freud, é o complexo de Édipo e a questão da castração. É a partir daí que, segundo este autor, os caminhos da sexualidade, da identidade sexual e da personalidade adulta são constituídos.

O arcabouço inicial das hipóteses freudianas para uma teoria da sexualidade são definitivamente inspirados no modelo masculino e, muito cedo, sua tentativa de explicar a posição feminina simplesmente invertendo simetricamente seus esquemas referidos ao masculino mostra-se falha. É essa impossibilidade de compreender o desenvolvimento sexual em ambos os sexos a partir de um mesmo quadro de referência - o tão propagado falocentrismo da teoria freudiana - que abre para uma infinidade de tentativas de compreensão daquilo que é específico da sexualidade feminina.

¹¹³ (1937) Freud, S. "Análise terminável e interminável". In: _____. *ESB*. vol. .XXIII. pp. 225-270.

Esse ponto frágil da teoria freudiana foi bem cedo identificado pelas analistas mulheres contemporâneas de Freud. Entretanto, antes de nos voltarmos para essas contribuições, façamos um sobrevôo pelo percurso freudiano.

*“Descobri, também em meu próprio caso, o fenômeno de me apaixonar por mamãe e ter ciúme de papai, e agora o considero um acontecimento universal do início da infância, mesmo que não ocorra tão cedo quanto nas crianças que se tornam histéricas.[...] Se assim for, podemos entender o poder de atração de Oedipus Rex...Cada pessoa da platéia foi, um dia, um Édipo em potencial na fantasia, e cada uma recua, horrorizada, diante da realização de sonho ali transplantada para a realidade, com toda a carga de recalçamento que separa seu estado infantil do atual.”*¹¹⁴

Vemos nesse trecho de uma carta de Freud a Fliess datada de 15 de outubro de 1897 a demonstração de que Freud já havia percebido a importância e universalidade de um conceito que virá a ser a pedra fundamental de sua teoria e a partir da qual situar-se-ão todas as patologias. O complexo de Édipo, portanto, embora apareça explicitamente em sua obra mais de dez anos depois, tem sua origem em um momento bastante anterior. Certamente essa elaboração ainda incipiente já produzia seus efeitos nos primórdios da teoria psicanalítica. É em 1910 que o termo aparece pela primeira vez publicado.¹¹⁵

A partir do mito do assassinato do pai da horda primitiva apresentado por Freud em *Totem e tabu*¹¹⁶, a dimensão mais fundamental do complexo de Édipo é alcançada ultrapassando as questões da ordem da realidade e marcando sua relação com a entrada do humano na ordem simbólica, como ressaltou Lacan. A importância maior do complexo de Édipo estaria, então, em *“fazer intervir uma instância interditória (proibição do incesto) que barra o acesso à satisfação naturalmente procurada e que liga inseparavelmente o desejo à lei.”*¹¹⁷

¹¹⁴ Masson, J. M. (Ed) - *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhem Fliess (1887-1904)*. op. cit. p. 271.

¹¹⁵ (1910) Freud, S. - *“Um tipo especial de escolha de objeto feita pelos homens. (contribuições à psicologia do amor I)”*. In: _____. *ESB*. vol. XI. pp. 147-158

¹¹⁶ (1913) Freud, S. *“Totem e tabu”*. In: _____. *ESB*. vol. XIII. pp. 13-168.

¹¹⁷ Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. - *Vocabulário de psicanálise*. Santos: Martins Fontes, 1979. 5ª ed. p. 120.

Na primeira apresentação do complexo é na sua forma positiva que ele aparece, ou seja, o amor incestuoso pela mãe e o desejo assassino em relação ao pai. Depois, a forma invertida ou o Édipo feminino é também conceitualizado como: desejo erótico pelo pai e ciúmes da mãe. O caso da menina era situado, como já foi dito acima, a partir de uma simples oposição simétrica ao menino. Mas, a partir da teoria da castração e da descoberta da fase fálica a posição feminina torna-se bastante mais complexa.

Quase vinte anos depois da publicação dos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud acrescenta a esse artigo uma nota contradizendo a hipótese sugerida em 1905 de que no primeiro período da infância, a primazia dos órgãos genitais só se daria de forma incompleta, ou mesmo, de forma nenhuma. O interesse pelos genitais teria, segundo esta ratificação, uma importância bem maior do que a suposta anteriormente.¹¹⁸

A organização genital infantil consiste, então,

“...no fato de, para ambos os sexos, entrar em consideração apenas um órgão genital, ou seja, o masculino. O que está presente, portanto, não é uma primazia dos órgãos genitais, mas uma primazia do falo.”

E, em seguida acrescenta:

*“Infelizmente, podemos descrever esse estado de coisas apenas no ponto em que afeta a criança do sexo masculino; os processos correspondentes nas meninas não conhecemos.”*¹¹⁹

A descoberta da fase fálica e sua anterioridade face à genitalidade infantil preconizada nos *Três ensaios*, somada à formulação do complexo de castração, cuja importância cresce com a introdução da fase fálica, foram fundamentais para a elaboração de uma teoria do complexo de Édipo. A criança, depois de um período em que nega a ausência de pênis nas meninas, preservando a mãe fálica até onde pode, passa, finalmente, a atribuir a ausência de pênis à castração e, a partir de então, defronta-se com a tarefa de

¹¹⁸ (1905) Freud, S. - "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade". In: _____. *ESB*. vol. VII. p. 188.

¹¹⁹ (1913) Freud, S. - "A organização genital infantil. (Uma interpolação na teoria da sexualidade)". In: _____. *ESB*. vol. XIX p.158

“chegar a um acordo com a castração em relação a si própria”¹²⁰. A fase da primazia fálica é fundamental, segundo Freud, para dimensionar a questão da castração. Essa fase, antecede a diferenciação sexual que, no período sádico-anal, restringe-se à antítese entre passivo e ativo, sendo a fase em questão dominada pela antítese castrado e não castrado. Finalmente, só na puberdade é que a polaridade sexual coincidiria com masculino e feminino.

No ano seguinte à publicação de *A organização genital infantil*, Freud procura sistematizar essas questões em *A dissolução do complexo de Édipo*¹²¹. Não podendo contentar-se com a hipótese de que o complexo de Édipo desaparece em razão da impossibilidade da sua satisfação, ou com a hipótese apoiada na filogênese de que ele perderia sua força pois assim estaria programado, a exemplo do que se passa com a dentição; o autor conclui que a ameaça da castração, tendo sua força adquirida a partir da visão dos órgãos genitais femininos, é o que determina a destruição da organização fálica da criança e a saída do complexo de Édipo.

A satisfação sob a égide do complexo de Édipo pode dar-se de duas formas, uma delas ativa e a outra, passiva. A criança poderia tomar o lugar do pai e ter relações com a mãe devendo, mais cedo ou mais tarde, deparar-se com o pai rival, ou poderia assumir o lugar da mãe e ser amada pelo pai. Ora, qualquer uma das alternativas implica a castração inviabilizando a possibilidade de uma satisfação dos desejos edípicos já que em conflito com seu interesse narcísico pelo pênis o menino optaria por “voltar as costas ao complexo de Édipo”.¹²²

Assim, os investimentos objetivos são abandonados em favor de uma identificação com as figuras parentais dando origem ao supereu, herdeiro do complexo de Édipo que não deixaria marcas, em condições ideais, nem mesmo no inconsciente. Do grau de sucesso do desaparecimento do complexo de Édipo depende, a partir de então, a saúde mental do sujeito.

¹²⁰ Ibid. p.159

¹²¹ (1924) Freud, S. – “A dissolução do complexo de Édipo. In: _____. *ESB*. vol. XIX. pp. 191-202.

¹²² Ibid. p. 196

Se até aí, a elaboração teórica apresenta-se de forma bastante clara, - “a destruição do complexo de Édipo é ocasionada pela ameaça de castração.”¹²³ - desse ponto em diante as coisas passam a ficar, nas palavras de Freud, “mais obscuras”. É a maneira como essa fase se dá nas meninas que introduz o problema.

A castração ou o temor a ela, é, portanto, o que impulsiona o menino para fora do Édipo. A menina, ao contrário não a teme, segundo Freud, pois já é castrada. De fato, a percepção da castração para as meninas, preside a entrada no Édipo. Elas renunciam ao amor pela mãe, descoberta como também castrada, voltando-se para o pai, ele sim, portador do falo que ela deseja e inveja.¹²⁴

À menina, entretanto, faltariam razões para depois abandonar o complexo de Édipo. Assim, restar-lhe-ia abandoná-lo aos poucos utilizando-se do recalque sem, talvez, nunca demoli-lo completamente. Daí um supereu menos rígido do que aquele dos homens. Freud, a essa altura apressa-se em responder antecipadamente às possíveis críticas feministas contra sua teoria e afirma que todos os indivíduos humanos por uma disposição bissexual combinam em si características dos dois sexos de modo que “a masculinidade e a feminilidade puras permanecem sendo construções teóricas de conteúdo incerto”¹²⁵. Ou seja, o que ele diz é que aquilo que se constrói a respeito do feminino refere-se, de fato, ao feminino em homens e mulheres. A questão anatômica é, desse modo, menosprezada revelando mais uma vez - a obra de Freud é repleta desses momentos - a oscilação freudiana entre a realidade do corpo e o simbólico.

Em *O ego e o id* a relação da melancolia, neurose obsessiva e histeria com o supereu é estudada por Freud. Na melancolia, bem como na neurose obsessiva, o supereu manifesta-se através de um intenso sentimento de culpa, sentimento esse, inconsciente na histeria. O eu histérico defende-se contra a percepção dolorosa que vem do ideal do eu do mesmo modo como se defende das representações conflituosas, isto é, pelo recalque. O recalque, na histeria, busca atender às exigências do supereu ao isolar as representações

¹²³ Ibid. p. 197.

¹²⁴ (1925) Freud, S. - “Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos”. In: _____. *ESB*. vol. XIX. pp. 273-286.

¹²⁵ Ibid. p. 286.

conflituosas e, ao mesmo tempo, defende o eu do sentimento de culpabilidade que o supereu tenta imputar-lhe.¹²⁶

Em 1926, ao sugerir a possibilidade de generalização da ação da angústia de castração na constituição de várias neuroses Freud levanta um problema nessa hipótese. Como isso se daria com as mulheres uma vez que elas desprovidas do pênis, seriam já castradas não estando submetidas ao efeito dessa ameaça.? Mais a frente, ainda no mesmo artigo, Freud sugere uma solução: nas mulheres haveria um temor, correlato ao temor da castração, o temor da perda do amor do objeto.

“Visto não haver qualquer dúvida de que a histeria tem forte afinidade com a feminilidade, da mesma forma que a neurose obsessiva com a masculinidade, afigura-se provável que, como um determinante da ansiedade, a perda do amor desempenha o mesmíssimo papel na histeria que a ameaça da castração nas fobias e o medo do superego na neurose obsessiva.”¹²⁷

A perda do amor revela, na histeria, sua fragilidade narcísica, sua incompletude mascarada, até então, por uma falicização.

Depois desse texto, Freud ainda fará novas tentativas de exploração daquilo que chamou o *continente negro* ou, a sexualidade feminina. O texto de 1931, *Sexualidade feminina*, lança uma nova luz na obscura questão da feminilidade.

A grande questão era como se dava na menina a troca de zona erógena - clitóris/vagina - e, ao mesmo tempo, a troca do objeto original, da mãe para o pai. Em 1931, no texto em que diz ter abandonado há muito tempo a expectativa de um paralelismo entre o desenvolvimento sexual nos meninos e meninas, Freud afirma que teria subestimado a importância da fase pré-edípica e da ligação primitiva com a mãe na formação de neuroses nas mulheres. Amparado pelas reflexões de algumas analistas mulheres que estariam, segundo o autor, em posição transferencial privilegiada e assim teriam tido acesso mais livre ao que se passa nessa fase de ligação primitiva com a mãe, Freud levanta a hipótese de que ela estaria especialmente relacionada à etiologia da histeria e à paranóia feminina.¹²⁸

¹²⁶ (1923) Freud, S. - “O ego e o id”. In: _____. *ESB*. vol. XIX. pp. 15-82.

¹²⁷ (1926) Freud, S. - “Inibições, sintomas e ansiedade”. In: _____. *ESB*. vol. XX. p.141.

¹²⁸ (1931) Freud, S. - “Sexualidade feminina”. *ESB*. vol. XXI. pp. 233-251.

Freud parece não levar em consideração as contribuições que diziam respeito à precocidade das sensações vaginais sustentando que a descoberta da vagina só se daria na puberdade. No texto de 1931 ele fala de três caminhos possíveis para as meninas que sofrem pela “*inveja do pênis*”. No primeiro, ao descobrir-se castrada a menina abandona a atividade fálica e nesse movimento joga fora o bebê junto com a água do banho: reprime totalmente a sexualidade. Um outro caminho, que dá origem ao “*complexo de masculinidade*”, consiste em renegar a castração e comportar-se como se possuísse um pênis. Finalmente, a terceira opção, aquela que leva a uma atitude feminina normal consiste em abandonar a mãe como objeto de amor quando esta se revela castrada e voltar-se para o pai, ele sim possuidor do falo desejando, por fim, ter um filho com ele. A dissolução do Édipo para a menina parece, no mínimo, bastante difícil.

A hostilidade da menina com a mãe incrementa-se a partir desse momento fundamental, a descoberta da mãe como castrada, atualizando frustrações anteriores experimentadas pela menina, por exemplo, aquelas ligadas à fase oral da libido. A partir daí fica muito difícil, segundo Freud, a constituição de uma identidade feminina positiva, sendo a feminilidade definitivamente associada à privação.

A ligação primitiva com a mãe e as relações pré edípicas da menina formam a brecha que a maioria dos analistas utilizou para poder pensar de outra forma a posição feminina e mesmo Freud, embora conteste várias dessas discussões realizadas por outros analistas, acentua a importância dessa fase para a compreensão da feminilidade. Juntamente com o afastamento da mãe, primeiro objeto de amor, há na menina um enfraquecimento das tendências sexuais ativas dando lugar às tendências de passividade. As tendências ativas teriam sido mais afetadas pela frustração e é com o auxílio das tendências passivas que faz-se a transição para o objeto paterno; transição cujo sucesso se garante na medida em que a menina supera a ligação pré edípica com a mãe.¹²⁹

Entretanto, a essa altura outros psicanalistas já haviam publicado artigos sobre a feminilidade. O texto freudiano de 1923 discutido anteriormente constitui a abertura para um grande debate que ele menciona na parte final do texto de 1931, que acabamos de comentar.

¹²⁹ (1933 [1932]) Freud, S. - “Conferência XXXIII – Feminilidade”. In: _____. *ESB*. vol. XXII. pp. 113 -134.

Passamos agora a um outro texto de Freud, desta vez porém para ouvir suas próprias sugestões sobre o necessário prosseguimento das indagações sobre o feminino. Trata-se de um comentário feito pelo autor ao final da conferência XXXIII proferida em 1933:

*“Se desejarem saber mais a respeito da feminilidade, indaguem da própria experiência de vida dos senhores, ou consultem os poetas, ou aguardem até que a ciência possa dar-lhes informações mais profundas e mais coerentes”*¹³⁰.

Busquemos, então, outras contribuições sobre a feminilidade, tema inseparável da histeria.

Vários analistas, mulheres em sua maioria, contestaram as idéias de Freud acerca da feminilidade. Inaugurado por Karen Horney, que postulou a anterioridade da feminilidade em relação ao complexo de masculinidade na menina, um grande debate tem início formando um vasto leque de contribuições. Para essa autora, o desejo pelo pai e o temor de ser violada por ele é que são originais desembocando, só depois, no recalçamento da vagina por medo de ter seus órgãos internos destruídos e por culpa.¹³¹

Outros autores também afirmaram uma feminilidade originária localizando-a, entretanto, na relação primitiva com a mãe.¹³²

Em 1928, Melanie Klein expõe suas idéias sobre os estádios precoces do conflito edípiano. Para a autora, as raízes do complexo de Édipo provêm tanto das frustrações do desmame, como daquelas provocadas pelo controle esfinteriano. Fundamentalmente, a autora situa a origem da feminilidade na relação passiva com a mãe sendo, o desejo pelo pai e a receptividade em relação a ele, uma substituição do seio pelo pênis. A mãe, portanto, é aquela com quem a menina vai se identificar originalmente por ser a que possui, ao mesmo tempo, o seio e o pênis paterno. É dessa identificação primordial com a mãe que dependerá a feminilidade para Klein.

¹³⁰ Ibid. p.134.

¹³¹ Horney, K. - *Feminine Psychology*. New York: W.W. Norton, 1967.

¹³² Ver a respeito da polêmica dos anos vinte sobre a feminilidade a reunião de vários textos feita por Marie-Christine Hamon. - Hamon M-C (org) - *Féminité mascarade*. Paris: Seuil, 1994. 334 p.

O menino, ao mudar sua posição libidinal, das posições oral e anal para a genital, modifica o seu alvo: da receptividade anterior para a atividade do desejo de penetração ligado à posse do pênis. Segundo Klein, ao modificar seu objetivo ele pode conservar o mesmo objeto, a mãe. Já a menina sustenta, na posição genital, a receptividade característica da posição oral. A receptividade oral ligada à mãe foi frustrada e ela vira-se para o pai, novo objeto de amor. Para Klein, é a privação do seio antes da constatação da falta do pênis que faz com que a menina se volte para o pai.¹³³

A importância da relação primitiva com a mãe na constituição da feminilidade é acentuada nos textos de 1920, bem como a relação entre feminilidade e masoquismo já tratada por Freud como a essência da posição feminina. Soma-se a esta discussão sobre os textos de Anna Freud¹³⁴ e de Hélène Deutsch¹³⁵. Esta última adota várias das idéias freudianas a respeito da feminilidade, até mesmo a tese de Freud sobre o desconhecimento da vagina até a puberdade. Entretanto, para esta autora, o desejo masculino e narcisista de ter um pênis não se substitui pelo desejo de ter um filho do pai e sim pelo desejo de, como a mãe, ser castrada/violada por ele. O desejo de ter um filho do pai seria um substituto frágil da crença perdida da posse do pênis e a "*libido clitoridiana ativa e sádica*" ao bater-se contra o reconhecimento da ausência do pênis faria um desvio regressivo para o masoquismo. Assim, afirma Hélène Deutsch, é o desejo de ser castrada pelo pai que inaugura o complexo de Édipo para a menina.¹³⁶

Antes, contudo, de abordarmos a questão do masoquismo e sua relação com a feminilidade, trataremos brevemente das contribuições de Lacan para a discussão sobre o complexo Édipo.

A diferenciação proposta por Lacan entre castração imaginária e castração simbólica e a diferença estabelecida de maneira mais clara entre falo e pênis, este último não passando de uma representação imaginária do falo, impõe uma nova forma de pensar a

¹³³ (1928) Klein, M. – Les stades précoces du conflit oedipien. In: _____. "*Essais de psychanalyse. 1921-1945*". França : Payot, 1998. Science de l'homme Payot. pp. 229-241.

¹³⁴ Freud, A. (1922) - "Fantasme d' "être battu" et rêverie". In: Hamon M-C. *Féminité mascarade*. Op. cit. pp. 57-76.

¹³⁵ Deutsch, H. (1929) - " Le masochisme féminin et sa relation à la frigidity" In: Hamon M-C. *Féminité mascarade* Op. cit. pp. 215-232

¹³⁶ IBID

questão polêmica da inveja do pênis e da feminilidade desembaraçando boa parte dessa polêmica.

Por isso, traçaremos brevemente a partir das elaborações lacanianas o cenário no qual acontecem as identificações fundantes do ser humano inserindo-o na ordem simbólica, ou seja, o complexo de Édipo para em seguida retomarmos a questão do masoquismo melhor municiados.

Algumas notas sobre o complexo de Édipo em Lacan.

O bebê vive no início de sua vida uma experiência de absoluta ligação e dependência da mãe ou, do grande Outro, aquele que detém a linguagem e que fala ou significa pelo bebê aquilo que ele não pode significar¹³⁷. A esse período Lacan vai atribuir o primeiro momento do Édipo que, para esse autor, desenvolve-se em três tempos.¹³⁸

O primeiro momento do Édipo desenvolve-se no registro do imaginário. Ainda que o imaginário esteja obrigatoriamente submetido ao simbólico, a criança não tem acesso a ele. O desejo da criança está submetido ao desejo da mãe não havendo uma subjetividade própria. A confusão entre o eu e o outro preside esta fase. A criança deseja o desejo da mãe, o Outro constituído por ela como alguém que pode estar presente ou ausente.¹³⁹

Em um dado momento, surge a presença nesse par de um terceiro elemento, o pai, e estamos falando do pai como aquele que priva a mãe do seu objeto fálico e frustra a criança da mãe. O pai simbólico, agente do lei.

O pai real, genitor da criança, já participa evidentemente da relação com a criança desde sempre, mas o que importa para a compreensão da dialética edipiana é que, até esse segundo tempo, o pai ocupava a mesma função da mãe, qual seja, de espelho. A partir dessa função de espelho exercida pelo Outro¹⁴⁰ no registro imaginário, dá-se uma

¹³⁷ Garcia-Roza, L.A. - *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. 13ª ed.

¹³⁸ (1957-1958) Lacan, J. *Les formations de l'inconscient 1957-1958*. Le séminaire de Jacques Lacan texte établie par Jacques-Alain Miller. Paris. Éditions du seuil. 1998. pp. 197-212.

¹³⁹ Ibid. p.198.

¹⁴⁰ Esse Outro que fazemos coincidir com a mãe poderíamos precisá-lo melhor dizendo que é aquele que está exercendo a função materna. Seja a mãe, o pai, ou ainda, outra pessoa exercendo a função materna.

primeira identificação presidida pelo que Lacan chamou de *estádio do espelho*¹⁴¹. Essa primeira identificação, *primordial*, constitui um esboço do eu que supera a vivência inicial do bebê de um corpo esfacelado e sem contornos. A partir da imagem do outro semelhante, da própria imagem refletida e, sobretudo, do olhar do Outro, da garantia simbólica vinda do Outro de que aquela imagem representa a criança, ela conquista uma primeira experiência de unidade do seu corpo

Ainda provida de um eu imaginário, de uma primeira imagem de si, a criança continua vivendo uma relação fusional e de absoluta dependência da mãe.

Só depois, com a entrada do terceiro elemento, o *pai castrador ou interditor*, o bebê é ao mesmo tempo, salvo e condenado. O pai salva o bebê de ser engolfado pelo desejo materno na relação imaginária e alienante vivenciada até ali e o condena a uma clivagem irreversível, uma separação do primeiro objeto de amor e de satisfação. Perde-se, assim, a possibilidade de repetição de uma primeira experiência de satisfação que, no entanto, o sujeito não cessará jamais de tentar reencontrar. É o surgimento do desejo e a correlata separação consciente/inconsciente fruto do recalque originário.¹⁴²

O pai é suposto ser aquilo que a mãe deseja além da criança, o falo. É aquele para quem a criança imagina que a mãe se volta quando não se dedica a ela, estabelecendo-se, assim uma relação baseada na rivalidade. É com esse objeto fálico que a criança vai, neste momento, identificar-se buscando garantir o desejo e o amor da mãe, seu primeiro objeto de satisfação.

A criança deseja ser, ela própria, o único objeto do desejo da mãe. Estamos até aqui falando de uma referência ao registro do imaginário. A referência ao falo não é uma referência ao pênis mas uma referência ao falo, esse objeto imaginário suscetível de desviar o desejo da mãe.

¹⁴¹ Lacan, J. “O estágio do espelho como formador da função do eu.” In: _____. *Escritos*. op. cit. pp. 96-103

¹⁴² Dor, J. - *Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem*. Porto Alegre. Artes médicas, 1989. 3ª ed. p.74

Para Lacan, na sua função simbólica, o pai é aquele que mediatiza a relação com a mãe ou, com o Outro. A mensagem transmitida com a mediação da mãe não é simplesmente “*Não dormirás com tua mãe*”, mas também há uma mensagem dirigida à mãe: “*Não reintegrarás teu produto*”.¹⁴³ O pai é aquele que representa a lei, operando a castração simbólica que consiste, de fato, no recalque do desejo originário de união com a mãe e na interdição do incesto. “*A criança deixa de ser o falo e a mãe deixa de ser a lei*”¹⁴⁴. O desejo é simbolizado, perdendo-se para sempre o primeiro objeto e instituindo-se definitivamente uma clivagem no interior do sujeito, pelo efeito da intervenção do “*Nome do Pai*”. É esse o momento que permite a transição do registro imaginário para o registro simbólico.

No terceiro tempo da dialética edipiana, o pai deixa de ser o falo passando a representá-lo. Ele supostamente o tem mas não é mais o falo; é a passagem do “pai imaginário” para o “pai simbólico”, a partir da qual a criança buscará ter o falo e não mais ser o falo. Voltar-se-á então, como a mãe, para esse terceiro que é suposto tê-lo. É a passagem do *ser ou não ser* para o *ter ou não ter*.

Para que a criança possa se lançar nessa busca do ter é preciso, entretanto, que ela tenha admitido dois pontos: ela não é o falo e, também, ela não o tem; só então pode desejar tê-lo, elegendo objetos substitutos.

Façamos aqui um breve parêntese para salientar que é justamente nessa passagem do ser ao ter que se insere boa parte da problemática histórica. Voltemos a seqüência do texto.

A criança identifica-se, portanto, ou com aquele que supostamente não tem o falo para buscá-lo junto àquele que supostamente o detém, ou ainda, identifica-se com este último acreditando-se, ela própria, detentora do falo. É desse jogo de identificações que sairá uma identificação sexual da criança, masculina ou feminina. A menina identificar-se-ia com a mãe e, não podendo buscar o falo no pai, em função da interdição do incesto, passaria a desejar outros homens. O menino buscaria sua identificação junto ao pai, detentor do falo e, não podendo ter a mãe, buscaria junto a outras mulheres a confirmação de sua atribuição fállica.

¹⁴³ (1957-1958) Lacan, J. op. cit. p. 202. Tradução minha.

¹⁴⁴ Garcia-Roza, L.A. - *Freud e o inconsciente*. op. cit. p.222

Portanto, só depois de livrar-se de uma identificação fálica e da conseqüente entrada na dialética do *ter* que algo da diferenciação sexual passa fazer sentido.

A despeito da forma um pouco esquemática pela qual expusemos até aqui o desenvolvimento do complexo de Édipo não há, na verdade, um caminho padrão na passagem de cada um por este complexo. As nuances são muitas e a experiência analítica e sua teorização permitem que nos aproximemos de alguns percursos empreendidos pelo sujeito. Aqui procuramos estabelecer alguns pontos de referência para que possamos em seguida, fazer uma primeira aproximação do que entendemos por "estrutura histórica".

Para que se dê a passagem - acima discutida - do ser ao ter, é preciso que o pai dê, em algum momento, prova da sua atribuição fálica e que a mãe o reconheça como aquele que tem o que ela deseja.

*“A reposição do falo em seu devido lugar é estruturante para a criança, seja qual for seu sexo, a partir do momento em que o pai, que supostamente o tem, tem preferência junto à mãe. Tal preferência, que atesta a passagem do registro dos ser ao ter, é a prova mais manifesta da instalação do processo da metáfora paterna e do mecanismo intrapsíquico que lhe é correlativo: o recalque originário.”*¹⁴⁵

Esse momento é ilustrado por Freud em 1920 pelo jogo do carretel¹⁴⁶. A criança deixa de ser aquela que é abandonada pela mãe, preterida em favor de outro objeto, imaginário, e passa, através de uma brincadeira do tipo perdi-achei (a criança arremessa ao longe um carretel para em seguida puxá-lo de volta) a ser ela própria quem abandona o objeto para depois reencontrá-lo. Freud identifica nessa brincadeira a possibilidade de transição de uma passividade inicial para uma posição de atividade. A criança expressa um prazer intenso nesse controle - simbólico - do objeto perdido. E como nos indica Dor, essa brincadeira serve como indício de que a criança já pode suportar o fato de não ser o único objeto de desejo da mãe, o falo. *“A criança pode então mobilizar seu desejo, como desejo de sujeito, para objetos substitutivos ao objeto perdido”*¹⁴⁷

¹⁴⁵ Dor, J. - *Introdução à leitura de Lacan*. op. cit. p.88

¹⁴⁶ (1920) Freud, S. - “Mais além do princípio do prazer”. In: _____. *ESB*. vol. XVIII. pp. 13-78

¹⁴⁷ Dor, J. - *Introdução a leitura de Lacan*. op. cit. p.90.

Ora, fazer-se “*mestre da ausência*” pela identificação é justamente uma operação complicada para a histérica, que preferiria não precisar se defrontar com a castração, com a falta e busca com todas as suas forças preencher a falta no Outro. Só dessa forma ela pode negar a castração em si própria.

A entrada do pai e da dimensão fálica na relação fusional mãe/bebê tem ainda outras conseqüências. A lei paterna introduz um novo regime de gozo, o gozo fálico, aquilo que se pode ter depois que se perde o gozo do ser, ou o gozo do Outro, o gozo da passividade. “*A castração quer dizer que é preciso que o gozo seja recusado para que possa ser atingido, na escala invertida de Lei do desejo.*”¹⁴⁸

O gozo sexual, fálico, introduzido pela metáfora paterna opõe-se a um outro gozo, ilimitado, do qual a linguagem separa o sujeito irremediavelmente, inscrevendo-o na dialética do desejo. Pois bem, o gozo fálico tem a função de interditar o gozo do ser ou gozo do Outro apontando, ao mesmo tempo, para uma nova forma de gozar. Na histérica haveria uma falha no recalque e a ameaça de estar novamente entregue ao gozo do Outro é o seu grande temor e o que faz com que a histérica não possa abrir-se, verdadeiramente, ao outro. Que sofrimento é esse? É disso que buscamos aproximarmo-nos.

Alguns autores - como Ferenczi e mais recentemente Laplanche - atribuem à perda da completude imaginária, da inocência infantil o estatuto de trauma, retomando assim em outros termos a teoria da sedução abandonada por Freud.¹⁴⁹

A situação de desamparo (*Hilflosigkeit*) da criança pequena, sua defasagem em relação ao adulto constituem, segundo Laplanche, o terreno do trauma. A criança com toda sua insuficiência para fazer frente ao que lhe acontece, sua imaturidade, encontra-se em uma posição de passividade face à sexualidade adulta.¹⁵⁰

¹⁴⁸ Lacan, J. - "Subversão do sujeito e dialética do desejo" In:_____. *Escritos*. trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 841.

¹⁴⁹ Ferenczi, S. (1933) - "Confusão de língua entre os adultos e as crianças." In:_____. *Escritos psicanalíticos: 1909-1933*. Op. cit. pp. 347-356.

¹⁵⁰ Laplanche, J. - *Novos fundamentos para a psicanálise*. Tradução Cláudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 1992. Col. Estante de psicanálise. pp. 111-160.

Essa posição infantil relaciona-se com o masoquismo, e esses dois pontos são articulados por Jacques André¹⁵¹ à feminilidade. A tese deste autor, baseada na Teoria da Sedução Generalizada de Laplanche, é de que o feminino é originário, a primeira simbolização possível diante da efração, sempre traumática, da sexualidade do adulto. Essa feminilidade originária, abertura em relação ao outro, é recalcada juntamente com a passividade e o masoquismo originário, gozo obtido pelo sujeito diante da impotência frente à sexualidade do outro. O narcisismo é, na visão de Jacques André, uma saída para a feminilidade primária através de um investimento no eu e de uma recusa da efração advinda do outro.

Nesse cenário o autor discute a questão da passividade, que Freud associou em vários momentos ao feminino. Jacques André, contudo, distingue dois tipos de passividade. A passividade, associada à teoria falocêntrica de Freud, é, segundo o autor, uma depressão pós- castração e, nesse sentido, equívalem-se "*castrada e passiva*", o que torna difícil a distinção entre passividade e frigidez.¹⁵² Já a "*passividade pulsional*", ligada à feminilidade, tanto no homem quanto na mulher, é assim formulada:

"gozar com o que (nos) sucede, participar com gozo daquilo que penetra, que se intromete (em nós) - ou seja, a ligação íntima entre passividade e interior.(...) sejam quais forem os transbordamentos de atividade previamente exibidos durante o ato sexual, todo mundo é passivo diante do gozo, diante do orgasmo, arrebatado, nem que seja por um instante, pela pequena morte"¹⁵³

Esta passividade, alvo da pulsão, vem suceder à passividade traumática do recém nascido, à qual nos referimos acima através das idéias de Laplanche. Segundo Jacques André, é isso que torna essa passividade pulsional assustadora, alimentando "*no homem e na mulher, a recusa da feminilidade*"¹⁵⁴

¹⁵¹ André, J. - *As origens femininas da sexualidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996. 148 p.

¹⁵² Ibid. p. 107.

¹⁵³ Ibid p. 108

¹⁵⁴ IBID.

Assim como Freud e tantos outros autores que o seguiram, J. André passa pelo masoquismo, para aproximar-se da feminilidade. Entretanto, assim como fez com a questão da passividade, o autor propõe dois masoquismos femininos. Aquele que coincide com as elaborações freudianas e que ele propõe que chamemos de "*masoquismo castrado*" e um outro ligado a feminilidade originária, um masoquismo que tem um papel privilegiado na constituição da sexualidade. "*Assim entendida, a feminilidade masoquista existe sob diversas facetas, conforme a 'camada' do inconsciente a que nos refiramos.*"¹⁵⁵

Uma vez que "rumo ao feminino" nos deparamos com a questão da passividade e do masoquismo, façamos um retorno a Freud buscando situar brevemente a discussão sobre o masoquismo .

O masoquismo e o feminino.

Como se sabe, a introdução da segunda tópica e da pulsão de morte em 1920 permite a Freud a formulação do conceito de um masoquismo primário, fruto da fusão das pulsões eróticas e de parte das pulsões agressivas e destrutivas dirigidas ao eu. Até então, o sadismo ativo era o fenômeno primário e o masoquismo não passava de uma "*sadização de si mesmo*"¹⁵⁶. É a partir do retorno do sadismo sobre o eu que se constitui o que Freud designa como "*masoquismo secundário*".

A reformulação do conceito de masoquismo a partir da concepção da segunda tópica é explicitada no texto de 1924: *O problema econômico do masoquismo*. Depois de concluir que prazer e desprazer não podem estar simplesmente relacionados ao aspecto quantitativo - aumento ou rebaixamento das excitações - Freud reconhece a ação de um aspecto qualitativo das excitações como determinante do tipo de efeito produzido sobre o sujeito, prazeroso ou não. Este aspecto qualitativo, talvez ligado ao ritmo da excitação, é ainda desconhecido, esclarece Freud, mas é a relativização do aspecto quantitativo que permite a revisão do fenômeno do masoquismo.¹⁵⁷ Freud propõe três formas de

¹⁵⁵ Ibid. p. 112.

¹⁵⁶ Baladier, C. - "Masoquismo e sadismo" In: Kaufmann, P. (ed.) - *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro, Zahar, 1996 p. 323.

¹⁵⁷ Freud, S. (1924) - "O problema econômico do masoquismo". In: _____. *ESB*. vol. XIX. pp. 175-190.

apresentação do masoquismo: erógeno, feminino e moral. É sobre o masoquismo erógeno, prazer na dor e sofrimento, que se estabelecem as outras duas formas. Essa base acompanha o sujeito em todas as fases do desenvolvimento da libido.

Na fase oral o fantasma é ser devorado pelo pai (animal totêmico), na fase anal-sádica o desejo é de ser espancado pelo pai; já as fantasias masoquistas da fase fálica estão relacionadas com a castração e, finalmente, na organização genital da libido as tendências masoquistas organizam-se em torno da fantasia de violação pelo pai, associadas às fantasias do parto do fruto desta relação. Esta última fase compõe, segundo Freud, as características da feminilidade.¹⁵⁸

Contradizendo de certo modo o enigma que Freud atribui em geral à questão da feminilidade e do próprio fenômeno do masoquismo, é sobre o masoquismo feminino que o autor afirma ter maior clareza. Mas, lembremos, a compreensão desta forma de masoquismo dá-se, em realidade, através do desvelamento das fantasias masculinas. A partir dos homens perversos que analisou, Freud observa que a fantasia masoquista pode conduzir à masturbação, servir como excitação para o ato sexual, ou ainda, produzir em si mesma uma satisfação sexual, colocando os homens sempre em uma posição feminina, de ser castrado, ser copulado ou dar à luz um bebê. Observa-se aqui uma superposição da posição infantil com a feminina¹⁵⁹. O desejo de ser espancado pelo pai¹⁶⁰ é uma deformação regressiva do desejo edípico de ter relações passivas (femininas) com ele.

Essa deformação, apoiada no masoquismo erógeno, atende a culpa pelos desejos edípicos e pela masturbação infantil e é justamente pela questão da culpabilidade Freud introduz o masoquismo moral que se diferencia das outras formas pela ligação menos evidente com a vida sexual do sujeito. O sofrimento não é infligido obrigatoriamente pela pessoa amada, de fato, isso parece ser indiferente. O masoquismo moral estaria associado às reações terapêuticas negativas: o sofrimento advindo da neurose, ao satisfazer a tendência masoquista, torna-se difícil de ser abandonado.

¹⁵⁸ Ibid. p. 182

¹⁵⁹ Ibid. p. 180.

¹⁶⁰ Essa questão foi analisada por Freud anteriormente em 1919: - Freud, S. (1919) - "Uma criança é espancada". In: _____. *ESB*. vol. XVII. pp.193-220.

A dificuldade da abordagem de um sentimento inconsciente de culpa na análise vem do fato de que o sujeito, em geral, pode perceber com bastante clareza um sentimento de culpa, tornando assim improvável a sua concordância com a existência de um outro sentimento, este inconsciente, de culpabilidade.

É esse *sentimento inconsciente*¹⁶¹ que está ligado ao masoquismo moral, masoquismo do eu, enquanto o outro, aquele fácil de tornar-se consciente, está ligado ao sadismo do supereu. Assim o masoquista, buscando a punição do supereu sádico, herdeiro das instâncias parentais, age contrariamente ao seus próprios interesses podendo chegar, dependendo das particularidades da fusão pulsional, a destruir sua própria existência. O sadismo do supereu e o masoquismo do eu complementam-se agindo em uma mesma e perigosa direção. Entretanto, assim como o masoquismo origina-se em uma cultura de pulsão de morte, soma-se a ele um componente erótico e desse modo mesmo a autodestruição comporta uma satisfação libidinal. O masoquismo é a testemunha da fusão pulsional. A pulsão de morte, caso seguisse a sua direção sem a intervenção da libido visaria ao retorno a um estado inanimado. É a libido que, ao vincular-se à pulsão de morte, transforma-a dirigindo parte dela para o exterior na forma de sadismo e mantendo outra parte no eu. Essa parte que fica no eu, é o masoquismo originário ou erógeno, base para o masoquismo feminino ou moral.

Lembremo-nos da razão desse desvio pelo tema do masoquismo: interessa-nos a questão da posição feminina e da especificidade do gozo feminino e a relação destas questões com a histeria. Mas nosso propósito não é apenas a recuperação histórica das idéias psicanalíticas a respeito da feminilidade e por isso passamos diretamente à introdução de algumas questões mais contemporâneas, que nos permitirão redimensionar a polêmica sobre a teoria freudiana da feminilidade.

A postulação por Jacqueline Schaeffer¹⁶² de um quarto masoquismo, o "*masoquismo erótico feminino*" afasta-se da concepção freudiana do masoquismo feminino associado ao infantil e castrado. Trata-se, segundo aquela autora, de um masoquismo

¹⁶¹ O próprio Freud faz um alerta para a imprecisão deste termo: "*sentimento inconsciente*".

- Freud, S. (1924) - "O problema econômico do masoquismo" Op. cit. p. 184.

¹⁶² Schaeffer, J. - *Le refus du féminin (La sphinge et son âme em peine)*. Paris: PUF, 1997. p. 77-78

erótico e psíquico que contribui para a relação sexual adulta, permitindo que o eu mantenha um grau de coesão suficiente para suportar desfazer-se e abrir-se a uma grande quantidade de excitação não ligada.

"Esse masoquismo erótico (feminino) é o guardião do gozo sexual. É porque ele é o motor do gozo sexual, uma das 'soluções pulsionais', que esse masoquismo é também o melhor 'guardião da vida': mais se goza, mais se ama, menos se adocece, melhor se pensa"¹⁶³

O masoquismo moral é, ainda na visão de Schaeffer, antagônico ao masoquismo erótico feminino. A impossibilidade de elaborar este último impõe à mulher o primeiro. A incerteza sobre o grau de coesão do eu e o temor de esfacelamento conduziriam algumas históricas a recusar o gozo que pode advir do masoquismo erótico feminino.¹⁶⁴

Notemos que a abertura para o outro e, sobretudo para uma entrega ao outro que identificamos aqui como o acesso à feminilidade, é uma grande dificuldade para a histórica encerrada em seu narcisismo e suscetível, se seguirmos as idéias de Schaeffer, de ver-se vitimada pelo seu masoquismo moral. Essa forma de pensar a questão do masoquismo e do feminino esclarece algumas polêmicas em torno da obra freudiana. Fica evidente que a associação trata do posicionamento do sujeito numa relação e não da ligação entre prazer e dor.

Na discussão sobre a feminilidade, Lacan desloca o interesse da identidade feminina para o gozo feminino. Um gozo além do gozo fálico. "*A mulher é não toda*"¹⁶⁵. Não toda estruturada pelo significante fálico, o falo não é suficiente para dizer o seu gozo. No entanto, como salienta Serge André, se o gozo da mulher está fora da linguagem, não há como dizê-lo, só supô-lo e ela deve buscar algo que advenha no lugar desse significante faltoso. Isso seria "*o que quer uma mulher*".¹⁶⁶

¹⁶³ Ibid. p. 78.

¹⁶⁴ Ibid. p. 80.

¹⁶⁵ Lacan, J (1972-1973) - *Encore*. Seminário XX. Paris: Seuil, 1975. p. 68

¹⁶⁶ André, S. - *O que quer uma mulher?* Op. cit. p. 282-286

São quatro os caminhos propostos pelo autor. O primeiro é o caminho da histeria através do qual a mulher escapa do irrepresentável da feminilidade forjando uma armadura fálica da qual, inevitavelmente, sentir-se-á prisioneira. A segunda possibilidade é a da *mascarada*¹⁶⁷.

Segundo Joan Rivière algumas mulheres que "*aspiram a uma certa masculinidade podem usar uma máscara de feminilidade para afasta a angústia e evitar a vingança que teme da parte do homem*"¹⁶⁸. Ao perguntar-se qual a diferença entre a feminilidade verdadeira e a mascarada, a própria autora indica a resposta. Estabelecer essa diferença não é importante. O que importa de fato é que verdadeira ou não, a mulher em questão usa a feminilidade como uma defesa contra a angústia, mais do que como um modo primário de gozo sexual.¹⁶⁹

A máscara é o falo, que ela reconhece não ter pois o cedeu, quis desfazer-se dele e representando a mulher castrada suporta uma angústia menor, defendendo-se contra uma angústia verdadeira, a da falta de um significante da feminilidade.¹⁷⁰ Aquilo que muitas mulheres expressam como "*fazer-se de boba*" até não saber mais o que é véu, o que é máscara, semblante e o que é de fato. Ao mesmo tempo em que o que é de fato seu ser de mulher parece estar entre os vários véus ou máscaras. Nessa posição a mulher evita ver-se fora de um registro fálico assim como na histeria. Ela exhibe o falo ou o oferece apresentando-se como castrada mas sempre guardando-o como referência.

Observa-se na clínica muitas mulheres que referem um temor de serem desmascaradas nos mais variados domínios. Como se algum dia toda a aparência cuidadosamente sustentada pudesse ruir. O temor justifica-se pois nem mesmo ela sabe o que há por trás do véu. A mascarada, como um sintoma, parece-nos revelar a especificidade de uma das possibilidades da histeria.

¹⁶⁷ Alusão ao artigo de Joan Rivière (1929) - "La féminité em tant que mascarade" In: Hamon, M-C. - *Féminité mascarade*. Op. cit. pp. 197-214.

¹⁶⁸ Ibid. p. 198.

¹⁶⁹ Ibid. p. 203

¹⁷⁰ André, S. - *O que quer uma mulher?*. Op. cit. p. 283.

A terceira via de elaboração do irrepresentável da feminilidade é a do amor e, sobretudo, de sentir-se amada. A mulher busca, desse modo, uma *"relação de sujeito a sujeito que a declaração de amor tende a estabelecer"*¹⁷¹. Pelo amor ela garante ser *"uma mulher"* de um homem

Finalmente, Serge André propõe a quarta via, a da criação. A criação como *"a produção de um significante novo no lugar de significante faltoso"*¹⁷². Essa criação deve, contudo, não representar algo que preenche a falha, o buraco, mas que *"esculpe o vazio"*.

A questão evocada por este autor e que nos interessa de perto é como permitir que esse vazio seja esculpido na análise. *"Como fazer atuar a falta de significante no discurso como uma saída, mais que como um estancamento?"*¹⁷³

Transformando a questão pelo nosso viés. Como pode a histérica livrar-se do falicicismo que a aprisiona sem ser devastada pelo nada que remetemos à melancolia?

Vejamos algumas questões sobre a histeria antes de procurarmos refletir sobre essas questões a partir da clínica.

¹⁷¹ IBID

¹⁷² Ibid. p. 284

¹⁷³ Ibid. p. 287

CAPÍTULO V - OS TRAÇOS DA HISTERIA.

“Na busca incessante do que é ser mulher, ela só pode enganar seu desejo, já que esse desejo é o desejo do outro, por não ter satisfeito a identificação narcísica que a teria preparado para satisfazer um e outro na posição de objeto.”¹⁷⁴

À pergunta “O que é a histeria?” as respostas são hesitantes, vagas e imprecisas. Entretanto, o psicanalista não hesita, ao escutar uma paciente histérica, em identificar, com relativa rapidez, alguns dos traços dessa neurose conhecida pela humanidade desde a antigüidade.

E então que traços são estes? De que forma eles se organizam?

A plasticidade dos sintomas histéricos através dos tempos e, particularmente, a variedade e riqueza dos sintomas histéricos é em parte responsável pela idéia de que não existiria mais a velha histeria de Freud e Charcot.

Assim, ainda que alguns sintomas sejam tradicionalmente relacionados à histeria é preciso traçar algumas características que independam da descrição semiológica. Elas são o que chamamos de “traços estruturais da histeria” e para depreendê-los precisamos formular a questão sobre a posição do sujeito face à dialética edipiana, ao falo e ao seu próprio desejo.

Determinado pela necessidade de mascarar a falta, o histérico aliena-se ao desejo do Outro, tentando ser o falo, aquilo que falta ao Outro, ele quer ser tudo no campo do desejo e do amor para o Outro, menos o objeto de seu gozo. Se o Outro puder ser não castrado, em linguagem lacaniana “A” não barrado, isso quer dizer que o sujeito também pode ser “S” não barrado.

Assim, mascarando a castração do Outro o histérico mascara a castração em si mesmo encontrando um modo de *ser*, ainda que seja um *ser* um pouco manco, na falta de um modo de *ser* feminino. Manco como Lóri, personagem de Clarice Lispector em *Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres*¹⁷⁵.

¹⁷⁴ (1957) Lacan, J. “A psicanálise e seu ensino”. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar. 1998. pp. 453-454.

¹⁷⁵ Lispector, C. (1969) - *Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998. 155 p.

*"Mas seu descompasso com o mundo chegava a ser cômico de tão grande: não conseguira acertar o passo com as coisas ao seu redor. Já tentara se pôr a par do mundo e tornara-se apenas engraçado: uma das pernas era sempre curta demais. (O paradoxo é que deveria aceitar de bom grado essa condição de manca, porque também isso fazia parte de sua condição). (Só quando queria andar certo com o mundo é que se estraçalhava e se espantava)."*¹⁷⁶

Clarice nos narra a travessia de Lóri e Ulisses, a preparação para um encontro. Lóri pressentia que esse encontro só aconteceria quando "... ser não fosse mais uma dor..." só então "*Ulisses a consideraria pronta para dormir com ele?*". Do caminho para esse encontro ou, nós diríamos, do rumo ao feminino é que *o Livro dos prazeres* nos fala.

No início da travessia, Lóri decide não ir a um encontro marcado com Ulisses, mas, contrariando seu hábito, desta vez irá preveni-lo de sua ausência, não o deixará a sua espera. Ela quer poder fazer uma "*ofensa mais positiva*" ou ativa. Atividade que a protegeria de seu temor maior: o da passividade, da entrega absoluta ao Outro, ou ao gozo do Outro, do qual ela seria apenas um objeto. Só o que Lóri sabia fazer, ativamente, para atrair Ulisses era seduzi-lo, "*com a mesada que o pai mandava comprar vestidos caros sempre justos...*"¹⁷⁷.

Definindo uma clínica diferencial entre a histérica e a mulher, Colette Soller¹⁷⁸ diz que a histérica, assim como Lóri, quer *ser*; enquanto a mulher quer *gozar* e goza da posição de objeto, sim, mas objeto na relação sexual. A histérica não pode entrar e sair desta posição. Ela teme, caso se ofereça como objeto, não poder mais libertar-se e perder-se como sujeito. Ela não conhece o ritmo e se apavora.

Lóri, em um momento já avançado de sua aprendizagem vai à praia de madrugada e mergulha no mar.

¹⁷⁶ Ibid. p. 20

¹⁷⁷ Ibid. p. 16

¹⁷⁸ Soller, C. - "A histérica e A Mulher: clínica diferencial" In: _____. - *Psicanálise na civilização*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1998. p. 243

*"Era isso o que estava lhe faltando: o mar por dentro como o líquido espesso de um homem.(...). Mergulha de novo, de novo bebe mais água, agora sem sofreguidão, pois já conhece e já tem um ritmo de vida no mar. Ela é a amante que não teme pois sabe que terá tudo de novo."*¹⁷⁹

Lóri, assim como as histéricas dos nossos dias, não tinha uma inibição sexual. A sexualidade não lhe trazia problemas, já tinha tido cinco amantes, embora se comportasse com Ulisses como se fosse virgem. "Amantes", nas palavras de Ulisses, pois ela não os considerava amantes, não os tinha amado. Agora ela preferia o "*sofrimento legítimo*" ao "*prazer forçado*". Quando Ulisses lhe pergunta como é que ela se dava com o sexo ela responde despertando sua ira: "*Era a única coisa em que eu dava certo.*"¹⁸⁰

Ela sabia que queria dormir com Ulisses, isso talvez fosse uma das poucas coisas que sabia "*no entanto era o seu pavor de uma possível intimidade de alma com Ulisses o que a deixava irritada com ele.*"¹⁸¹

A posição histórica pode ser definida, segundo Soller, por "*gozar de abster-se ali onde se é chamado como objeto de gozo*"¹⁸². Não satisfazer o gozo do Outro dá a histórica um "*a mais de ser*"¹⁸³. Assim ela sustenta seu narcisismo fálico.

Falamos então, ao falar da histeria, de uma das saídas para a dificuldade do ser feminino ou, para a dificuldade da mulher em subjetivar-se a partir de uma ausência, a ausência de um significante que possa dizê-la totalmente. Querer dizer algo completamente é a impossibilidade engendrada desde sempre pela linguagem, pela castração simbólica. A histórica, entretanto, não cessa de querer alguém que lhe diga o que ela é. Ela demanda um saber, e na tentativa de convocar um saber no Outro sobre seu ser de mulher, produz um saber sobre o objeto causa de desejo do Outro, não o seu próprio.¹⁸⁴

¹⁷⁹ Lispector, C. (1969) - *Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres*. Op. cit. p. 80.

¹⁸⁰ Ibid. p. 146

¹⁸¹ Ibid. p. 41

¹⁸² Soller, C. " A histórica e A Mulher: clínica diferencial" Op. cit. p. 243

¹⁸³ IBID

¹⁸⁴ Ibid. p. 245-247

Como a criança que em determinada fase nos pergunta: - "*Qual você prefere? Não vale dizer os dois. Tem que escolher.*". Se, no caso da criança, lhe damos uma resposta ela provavelmente virá com outra pergunta até o momento profundamente decepcionante em que, não raramente irritada, a criança se depara com a impossibilidade do adulto responder a uma de suas perguntas. É como se o adulto lhe negasse um saber que ela supõe, entretanto, que ele tenha. Um saber sobre ela, sobre seu ser.

A mesma situação é freqüente na clínica. Ana, uma das pacientes de quem falaremos a seguir dizia: *Tudo seria tão mais fácil se você dissesse tudo o que de verdade pensa sobre mim.* Evidencia-se aí a conhecida facilidade da histérica em estabelecer transferência ou, como disse Lacan, em supor um saber no outro. O risco maior no tratamento de um caso de histeria também está aí, naquilo que é sua característica mais marcante: o analista, seduzido, vir a ocupar o lugar do mestre, daquele que sabe algo da verdade do paciente, o que inevitavelmente conduzirá à decepção. *Você, daí da sua vidinha organizada, não pode mesmo saber nada sobre a minha dor. Não adianta.* Era o que me dizia Luíza, outra paciente de quem falaremos a seguir, decepcionada com o que ela percebia como uma falha da analista. *Nem você me compreende.*

O melancólico, ao contrário, diz de início: - *Isso que vocês (psicanalistas) sabem, pode servir para os outros mas não servirá para mim. Não adianta....* Mas então, o que busca o melancólico numa análise? Retomaremos a questão melancólica adiante.

Lóri, assim como Norbert na *Gradiva* de Jensen¹⁸⁵, tem a chance de ter alguém que lhe ame e quer esperar. Na obra de Clarice Lispector, contudo, fica claro que não é só Lóri quem se beneficia do encontro finalmente conquistado. Ulisses, encontra pela primeira vez na vida um amor e está perdido "*num mar de alegria e de ameaça de dor*":

*"perdera o tom de professor, sua voz agora era a de um homem apenas. (...) . Lóri pôde enfim falar com ele de igual para igual. Porque enfim ele se dava conta de que não sabia de nada e o peso prendia a sua voz. Mas ele queria a vida nova perigosa."*¹⁸⁶

¹⁸⁵ Conto de Willian Jensen que Freud analisa visando ao esclarecimento de alguns aspectos do processo de cura analítica e da transferência.

Freud, S. (1907 [1906]) "Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen" In: _____ .*ESB*. vol. IX. pp. 15-90.

¹⁸⁶ Lispector, C. (1969) - *Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres*. Op. cit. p. 151

Lóri lhe diz:

*"Eu sempre tive que lutar contra minha tendência a ser a serva de um homem, (...), tanto eu admirava o homem em contraste com a mulher"*¹⁸⁷

Ulisses pôde esperar por Lóri até que ela não mais se apavorasse em sentir-se ausente de si mesma, para depois reencontrar-se.

Mas o que, afinal, o histérico teme perder? Sua imagem narcísica fragilmente constituída é a resposta. Desfazendo-se essa imagem, o histérico corre o risco de perder-se no real do corpo, o corpo orgânico. Aquele corpo esfacelado da criança antes que ela apreenda, no espelho, uma primeira imagem corporal unificada. Ele teme que as coisas percam o sentido.

A fragilidade na identificação imaginária revela uma carência no nível da identificação simbólica¹⁸⁸, ou seja, do olhar do Outro que o reconhece, o nomeia e, sobretudo, o ama.

Continua suspensa a questão sobre o que haveria falhado na constituição psíquica do histérico. Fala-se, desde Freud com Dora, de uma insuficiência paterna. Vejamos o que Lóri nos diz ao temer que, assim como seu pai, Ulisses a decepcione:

*"ele a transformara ela, sua filha, em sua protetora. (...). Oh Deus, o pai se esquecia por uns momentos que era mortal. E obrigava ela, uma menina, a arcar com o peso da responsabilidade de saber que os nossos prazeres mais ingênuos e mais animais também morriam. Nesses instantes em que ele esquecia que ia morrer, ele a transformava menina em Pietá, a mãe dos homens"*¹⁸⁹

¹⁸⁷ IBID.

¹⁸⁸ Boons, M-C. - "A propósito da estrutura histórica" In: _____ - *Mulheres/Homens: ensaios psicanalíticos sobre a diferença sexual*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 105.

¹⁸⁹ Lispector, C. (1969) - *Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres*. Op. cit. p. 145.

Nesse contexto estrutural, diz Boons, pode-se dizer que o pai da histérica seduziu sua filha mesmo que não a tenha tocado; prendeu-a a si "*encerrando-a numa identificação fálica que tem o objetivo de completá-lo*"¹⁹⁰

Se é verdade que a histérica busca um parceiro que suplante seu pai, um mestre a altura do cargo, é preciso que se diga também que esse pai de quem a histérica busca suplantar as falhas é o pai do plano imaginário. Não se trata, como sugeriria uma visão "manualesca", de buscar no pai real suas falhas ainda que elas tenham de fato ocorrido. Isto fica a cargo da particularidade de cada história e não se pode submeter a uma descrição genérica.

O pai/mestre que Lóri procurava num homem a quem pudesse servir era o pai imaginário que por sua insuficiência não pôde oferecer à sua filha outra identificação senão a fálica. As falhas do pai são ressentidas pela filha mas, essas falhas são também, e mais freqüentemente, identificadas na relação do casal parental. A mãe do histérico tem em geral o papel de vítima. É da mãe que viria o sentimento da insuficiência paterna. Uma das saídas da histeria e particularmente da histeria feminina é mascarar a falta no pai e decretar que o problema está na mãe, que não é a mulher de quem o pai precisa. A partir daí ela buscaria, incessantemente, descobrir o que uma mulher deve ser para preencher a falta do pai. Missão impossível e cheia de riscos para aqueles que nela se arriscam.

Aos olhos de Ana, a paciente a quem já no referimos brevemente e de quem falaremos em seguida, os homens que estavam com outras mulheres tornavam-se mais interessantes. Era como se isso garantisse que eles tinha algo a lhe oferecer. Algo de que outra mulher se beneficiava e que os tornavam interessante aos seus olhos. Nessa situação, típica da histeria, trata-se mais de uma identificação com outra mulher do que propriamente de um desejo pelo parceiro do sexo oposto. Como Dora que mantinha um vivo interesse por aquilo que interessava à Sra. K. e que perde, subitamente o interesse pelo Sr. K quando este lhe diz não se interessar pela esposa. Era justamente a ligação do casal que sustentava o seu interesse por ele.¹⁹¹

¹⁹⁰ Boons, M-C. - "A propósito da estrutura histérica" Op. cit. p. 106

¹⁹¹ (1905 [1901]) Freud, S. - "Fragmento da análise de um caso de histeria". In: _____. *ESB*. vol. VII. pp. 15-118.

Falta-nos situar a mãe nessa constelação imaginária da histeria. Ela é aquela que encarna o grande Outro e que, através de sua presença e ausências bem dosadas, sustenta a criança na construção da base para as primeiras simbolizações. A mãe "suficientemente boa" com seus cuidados e seu amor, suportando as primeiras frustrações de seu bebê, possibilita à criança a transição entre a vivência de um período de ilusão e onipotência e a desilusão necessária à constituição do eu.

Como já vimos as ausências materna remetem a criança a um terceiro, o pai. Portanto, a possibilidade de simbolização dessa ausência está diretamente ligada à capacidade da criança supor o desejo da mãe voltado a um outro. Pois bem, a mãe da histérica, denunciando a insuficiência paterna, torna essa operação mais complexa. Ela é, nessa constelação estrutural que tentamos delinear a mãe-vítima que tentará obter de seus filhos aquilo que não encontrou em um homem.¹⁹²

A dificuldade para a histérica é situar-se diante das queixas maternas vendo-se, aí também, encerrada em uma identificação fálica.

O pai pode até ser admitido como aquele que tem o falo, aquilo que mobiliza o desejo da mãe, mas a histérica sente que o pai só o tem por dele ter privado a mãe. A histérica restitui assim a possibilidade da mãe fálica e, conseqüentemente, a possibilidade de uma ligação intensa com a mãe a partir de uma identificação com o falo da mãe. Essa saída, entretanto, não é absolutamente confortável. Lembremo-nos que o eu é ameaçado de dissolução nessa ligação absoluta com o Outro ou ainda quando se faz objeto do gozo do Outro. Essa ligação é desejada e temida ao mesmo tempo.

Resta ao histérico desejar que seu desejo permaneça insatisfeito guardando assim um ideal fálico ou sua frágil identificação fálica com aquele objeto do qual se sente privado. Essa seria a forma encontrada para não se dar conta da incompletude, da fragilidade narcísica mantendo o que se chama de narcisismo fálico.

¹⁹² Israël, L. - *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Op. cit. p. 94.

A histórica busca incessantemente uma resposta para a pergunta: O que é ser uma mulher? E, ao mesmo tempo, defende-se pela recusa da feminilidade.

Lóri era uma mulher que procurava, nas palavras dela mesma "*um modo, uma forma*". Mas através do amor de Ulisses e do encontro que eles finalmente podem ter ela alcança algo "*muito mais perfeito: era a grande liberdade de não ter modos nem formas*"

Ao falar sobre a importância do amor para a mulher Colette Soller adverte que ela não tem o mesmo papel para homens e mulheres. Para estas "*o amor corrige a castração, ele a cura temporariamente*"¹⁹⁷. Baseando-se na elaboração lacaniana sobre o gozo feminino, Soller afirma que este ultrapassa o sujeito feminino na medida em que não identifica a mulher como mulher. O homem, por outro lado, identifica-se como homem através do gozo fálico e isso se evidencia não somente no terreno das conquistas sexuais, mas em todos os campos de sua vida: poder do dinheiro, poder profissional, força física e muitas outras conquistas fálicas que o tranqüilizam sobre sua masculinidade e, acima de tudo, o marcam como homem.

Com as conquistas femininas das últimas décadas o acesso ao gozo fálico está cada vez mais aberto às mulheres. Já vai longe o tempo de Freud em que restava às mulheres satisfazerem-se na maternidade. Entretanto, nem as conquistas no plano profissional, financeiro ou outros nem tampouco a saída da maternidade evocada por Freud solucionam a questão subjetiva da identidade feminina.

Observamos claramente, seja na clínica ou na mídia através de entrevistas das estrelas da televisão uma mesma queixa: lamentam a falta de amor e freqüentemente suspeitam que o seu sucesso em áreas antes reservadas aos homens os afasta delas. Esses indicativos sugerem que a problemática da paciente de Joan Rivière¹⁹⁸ permanece bastante atual. A paciente, a propósito de quem a autora utilizou a termo "mascarada", gozava de um prestígio profissional raro para uma mulher no fim do século XIX. Após suas apresentações públicas era tomada por uma grande angústia ainda que, em geral, obtivesse aprovação evidente da platéia. A forma encontrada pela paciente de Joan Rivière para

¹⁹⁷ Soller, C. " A histórica e A Mulher: clínica diferencial" Op. cit. p. 247.

¹⁹⁸ Joan Rivière (1929) - "La féminité em tant que mascarade" In: Hamon, M-C. - *Féminité mascarade*. Op. cit. pp. 197-214.

aliviar essa angústia era, em seguida a uma dessas "demonstrações fáticas" oferecer-se sexualmente para um homem. A autora e psicanalista interpreta o sintoma de sua paciente da seguinte forma: seu sucesso profissional advinha de uma identificação com o pai de quem ela sentia ter roubado o falo, portanto, tomada por muita culpa a paciente buscava compensar o pai, através dos homens em geral, devolvendo-lhes a força fálica ao submeter-se a eles como objeto de gozo. Assim, mascarando-se de mulher redimia sua culpa pelo gozo fálico.

O caminho do amor não nos é indicado só por Lóri, personagem de Clarice Lispector, muitos analistas indicam esse caminho para uma identificação feminina.

*"Em outras palavras, por falta de poder ser 'A mulher', resta às mulheres ao menos serem 'uma' mulher. Mas como uma mulher não pode se especificar 'uma' por seu gozo, resta-lhe 'ao menos ser a mulher de um homem' "*¹⁹⁹

Na "feminidade normal", segundo Aulagnier, a mulher encontra o investimento narcísico no olhar desejante do homem e, dessa forma, aceita que é na qualidade de "sujeito da falta que ela pode encontrar seu lugar de desejada. A feminidade será não mais o véu enganador ou a arma que ela brande, mas a oferenda, o dom por excelência."²⁰⁰. A autora acrescenta que esse dom, substituto da inveja daquilo que ela não tem, só pode sustentar-se do amor que ele desperta em troca.

Recorramos a Lóri novamente. Depois do encontro consigo mesma através de Ulisses não precisa mais perguntar-se sobre quem é, seu "corpo se transformava num dom. E ela sentia que era um dom porque estava experimentando, de uma fonte direta, a dádiva indubitável de existir materialmente."²⁰¹

A respeito do conflito entre amor e sexualidade na histeria Piera Aulagnier²⁰² propõe que a mulher aposta numa mentira de que só goza por amor pois do contrário deveria assumir sua falta, sua incompletude e desmoronaria toda sua valorização narcísica.

¹⁹⁹ Soller, C. "A histérica e A Mulher: clínica diferencial" Op. cit. p. 249.

²⁰⁰ Aulagnier, P. – "Observações sobre a feminidade e suas transformações." In: Clavrel, J. et. al. - *O desejo e a perversão*. Campinas: Papyrus, 1990. p.91

²⁰¹ Lispector, C.

²⁰² Aulagnier, P. – "Observações sobre a feminidade e suas transformações." Op. cit. p. 90.

É no desejo que vê despertado no homem que estaria, para a mulher, seu investimento narcísico. Na frigidez ou na neurose, o prazer revela para a mulher ter sido simplesmente um instrumento de gozo do parceiro que, então, designar-lhe-ia o lugar do “objeto da ausência”. A saída para não se sentir absolutamente entregue ao desejo do outro seria sacrificar seu próprio prazer, recuperando seu poder. Amor e ódio estariam, então, absolutamente misturados a força ou fraqueza fálica.

Lóri parece ter conseguido apropriar-se de seu sexo e de seu corpo bem como de suas emoções e embora temesse acordar como a antiga mulher que era, tinha de algum modo a sensação de que aquela conquista não seria mais perdida; mesmo que perdesse seu amor. A oposição entre amor e sexualidade, típica da histeria, parecia ter sido superada. Bollas vê nessa separação um repúdio do histérico que vê na sexualidade a perda do “amor de tipo materno”²⁰³ “Depois que Ulisses fora dela, ser humana parecia-lhe agora a mais acertada forma de ser um animal vivo.”

Voltaremos à Lóri, mais a frente. Antes, contudo, com os traços fundamentais da histeria traçados gostaríamos de trazer algumas contribuições a respeito da histeria que, acreditamos podem ajudar-nos na aproximação do sofrimento na histeria. Não pretendemos abordar todos os pontos de vista atuais sobre a histeria. Esta já se mostrou uma questão bastante extensa. Traremos, sim, algumas contribuições importantes para as discussões clínicas que se seguem.

A histeria na psicanálise hoje.

Depois do “abandono da neurótica”, Trillat²⁰⁴ observa uma mistura entre as descobertas relativas à histeria, à teoria analítica de um modo mais geral e ao funcionamento do inconsciente. A histeria, juntamente com o sonho, torna-se mais do que uma entidade da nosografia psicanalítica transformando-se numa categoria paradigmática do funcionamento do aparelho psíquico tal como Freud o concebeu. Este autor chega a dizer que “a histeria tornou-se a psicanálise”⁹.

²⁰³ Bollas, C. - *Hysteria*. São Paulo: Escuta, 2000. p. 40

²⁰⁴ Trillat, E. - *História da histeria*. São Paulo: Escuta, 1991. p.249

O sintoma conversivo deixou de ser o traço fundamental da histeria e o que chamamos de “personalidade histérica” tornou-se a forma de apresentação mais comum da histeria nos dias de hoje. A histeria foi mudando de roupa conforme a moda evoluía mantendo, contudo, alguns traços fundamentais.

Para Emilce Bleichmar²⁰⁵, atualmente, o ponto em comum entre histeria e conversão reduz-se ao fato de ambas dizerem respeito, sobretudo, às mulheres. A histeria, para esta autora, divide-se em diferentes quadros que têm como denominador comum serem todos transtornos narcisistas inerentes ao gênero. Para Bleichmar, não se pode falar em histeria sem que nos reportemos ao lugar do feminino na cultura. “*É uma busca desesperada pela reivindicação narcisista de um gênero pouco narcisizado na história da cultura.*”²⁰⁶.

A histeria, enquanto transtorno narcísico, tem a escolha de objeto regida por uma reivindicação narcísica. Essa aproximação entre histeria e narcisismo, realizada por muitos autores e retomada por Bleichmar, nos ajuda no desenvolvimento de nossa hipótese que relaciona histeria e melancolia. Esta última, segundo Freud, é uma reação patológica a uma perda que tocou o narcisismo. Por outro lado, do ponto de vista da clínica psicanalítica devemos tomar alguns cuidados para que, diante da generalização da histeria como um sintoma cultural da desvalorização do gênero feminino, não prejudiquemos a escuta do sofrimento íntimo da histeria.

Assim como as misérias humanas nos tocam muito mais profundamente quando nos são apresentadas na forma de uma história individual do que quando apresentadas através de estatísticas, a histérica deve ser escutada na sua singularidade. Este cuidado evita que escutemos a histérica apenas como produto de uma exclusão cultural sexista, dificultando ainda mais o caminho para sua subjetivização.

Consideramos que este quadro - a histeria - ainda que se confunda com a própria psicanálise e tenha modificado sua forma de apresentação nos dias atuais, mantém-se como uma categoria psicopatológica fundamental para a clínica.

²⁰⁵ Bleichmar, E. - *O feminismo espontâneo da histeria: estudo dos transtornos narcisistas da feminilidade*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1988.

²⁰⁶ Ibid. p.185.

O relato feito por Laplanche de uma conferência sobre a histeria em 1974²⁰⁷ oferece um valioso panorama dos pontos de vista psicanalíticos sobre esta entidade clínica. A visão psicanalítica sobre a histeria divide-se, como vemos no relato de Laplanche, em duas visões predominantes: a primeira, identificada com as idéias de Melanie Klein e a segunda visão que, segundo Laplanche, situa-se mais proximamente do clássico pensamento freudiano. Para os kleinianos, a histeria constitui um modo de defesa contra ansiedades psicóticas precoces de natureza não sexual. O conflito na histeria relacionar-se-ia, nesta visão, mais com a sobrevivência e a dependência, e menos com o desejo. Já o segundo grupo relaciona, como o fez Freud, a histeria ao conflito edípico nos registros libidinais fálico e oral e ao recalque.

Laplanche esclarece seu próprio ponto de vista ao observar que a visão Kleiniana da histeria segue uma tendência moderna de “dessexualizar a psicanálise” perdendo, desse modo, o que esta tem de mais fundamental. A prioridade dada por Melanie Klein à oralidade deve ser entendida, segundo Laplanche, recorrendo ao que é específico da histeria em Freud: a sedução sexual e o elemento de passividade. Para este autor, o problema está em considerar essa fase precoce, de entrega aos cuidados maternos, por outro vértice que não seja o da sexualidade. Assim, a histeria continuaria ligada ao complexo de Édipo e à sua triangularização, ainda que tomando com novos sentidos modelos que foram percebidos na parceria da fase oral.²⁰⁸

André Green²⁰⁹ introduz a necessidade de definir do ponto de vista da metapsicologia essa estrutura que chamamos histeria. Ela seria a matriz que produz diferentes fenômenos, entre os quais o autor destaca, a conversão histérica, fobias, depressões neuróticas e a despersonalização. Segundo Green, a histeria está ligada à relação entre sexualidade, amor e reações à perda, nas diferentes estruturas do eu.

Para o equilíbrio psíquico, Green atribui um papel importante à fantasia e à capacidade de produzi-las. A fantasia, proporciona uma possibilidade de satisfação pulsional exercendo, ao mesmo tempo, a função de continente dos impulsos inconciliáveis

²⁰⁷ Laplanche, J. - Panel on “hysteria today”. - *Int. J. Psycho-Anal.* (1974) 55; 459-469.

²⁰⁸ *Ibid.* p. 467.

²⁰⁹ Green, A. In: Laplanche, J. - Panel on “hysteria today”. op. cit. p. 465.

provenientes do isso opondo-se, dessa forma, ao aumento de tensão no eu. A fantasia utiliza-se desses impulsos transformando libido desligada em libido ligada Assim, a fantasia, segundo Green "*liberta o indivíduo não somente dos sentimentos de angústia e agressivos mas também dissipa a falta de esperança, solidão, sentimento de vazio, tudo o que Freud resumiu em Hilflosigkeit (desamparo).*"²¹⁰.

A capacidade de fantasiar mantém, dessa forma, uma rede simbólica capaz, segundo Green, de proteger o sujeito contra o inusitado vindo do objeto ou dos conteúdos recalçados do próprio sujeito. A fantasia protege ainda o sujeito de seu maior temor. Ainda mais temida do que a perda do amor é a perda passiva do objeto. A fantasia, nesse sentido, garante uma posição ativa para o sujeito.

Para o histérico, ainda seguindo as idéias do mesmo autor, a fantasia funciona como "*um produtor íntimo de happenings*"²¹¹ (acontecimentos). Através da situação sexual o sujeito produz uma clivagem do eu, seu corpo, destacado do eu, permite a manutenção de uma onipotência idealizada. Esse mecanismo maníaco é revertido, segundo Green, através da conversão. Os mecanismos histéricos fazem parte das armas utilizadas numa luta violenta contra uma depressão que, temperada pela culpa produziria uma falência da auto-estima.²¹²

O histérico obriga-se a fazer muito barulho o tempo todo, convocando todos que o rodeiam a entrar em sua casa - seu corpo - procurando manter um ruído contínuo que, embora o deixe muito cansado, o protege da dor da ausência do objeto.

A hipótese da depressão narcísica formulada por Green nos parece absolutamente de acordo com os indícios da clínica e encoraja-nos a pensar tal depressão a partir da função paradigmática que, conforme sustentamos, tem a psicopatologia da melancolia. Segundo Green, o histérico não interioriza a relação de objeto ele, simplesmente a absorve.²¹³

²¹⁰ Ibid. 464 -465

²¹¹ Ibid. p. 465.

²¹² IBID.

²¹³ IBID

Através das idéias de Masud Khan encontramos um outro caminho para compreender esse apelo do histérico ao outro. Ele convoca o outro a atuar num roteiro escrito por ele transformando, a temida dependência do objeto, na conhecida manipulação histérica.²¹⁴

O medo maior da histeria é, lembrando Masud Khan, o da rendição psíquica ao objeto. Utilizando-se do conceito de tendência anti-social de Winnicott, Khan nos oferece uma valiosa contribuição para a compreensão da histeria.²¹⁵

À descoberta freudiana sobre os sintomas histéricos como símbolos de desejos recalçados inconscientes provenientes da sexualidade infantil Winnicott trouxe sua contribuição que de forma alguma contradiz a descoberta freudiana, mas a complementa.

Do sistema de desejos inconscientes, o “*isso*”, Winnicott distinguia o sistema de necessidades inconscientes, o “*eu*”. Esse sistema de necessidades inconscientes depende, até poder alcançar alguma autonomia, de uma facilitação do ambiente, da “maternagem suficientemente boa” que permitirá, aos poucos, a integração das capacidades ainda incipientes do eu da criança.

A hipótese de Khan é de que:

*“o histérico, durante os primeiros anos de sua infância, responde às faltas de uma maternagem suficientemente boa com um desenvolvimento sexual precoce...O histérico tenta realizar, ao utilizar os aparelhos sexuais, o que os outros conseguem graças ao funcionamento do eu.”*²¹⁶

Winnicott vê no *complexo de privação*, ou seja, nas falhas importantes do ambiente que deveria propiciar a integração do eu, a origem da tendência anti-social.

²¹⁴ IBID

²¹⁵ Khan, M. “O rancor da histérica”. in: Berlinck, M.T. (org). *Histeria*. São Paulo: Escuta, 1997. Coleção Biblioteca de psicopatologia fundamental. pp. 49-60.

²¹⁶ Ibid. pp. 50-51

Em suma, a tendência anti-social seria a forma encontrada por esse eu frágil para conseguir uma intervenção do ambiente. “*Um elemento nela (na tendência anti-social) compele o meio ambiente a ser importante.*”²¹⁷

Voltemos ao artigo de Masud Khan. O histérico expressaria uma *tendência anti-social* pelo viés das experiências sexuais. Na histeria, segundo esse ponto de vista, haveria um desenvolvimento precoce da sexualidade camuflando as necessidades desatendidas do eu.

Assim como na tendência anti-social, o histérico impele o ambiente a agir sobre ele “*mas permanece inacessível à mutualidade de um diálogo psíquico e de uma partilha*”.²¹⁸

Lembremo-nos, por exemplo, da vinheta clínica que abre este trabalho. A paciente, por nós batizada de *Bela Adormecida*, pedia aos médicos que lhe operassem para acabar com suas dores. Quando chega ao atendimento psicoterápico de cadeira de rodas, paralisada, e nos minutos finais do tempo reservado para ela, diz à analista que aquele encontro não é o que precisa, tudo o precisava, segundo ela, era ser vista por alguém no pronto socorro. Ela recusava a escuta "neutra" da analista desejando que alguém agisse sobre ela.

Vemos que o temor histérico, estar entregue ao outro, é atuado através de seu corpo preservando intacto seu psiquismo. Ela parece oferecer-se ao outro mas, de fato, tudo o que ela entrega é seu corpo.

Mantendo seu funcionamento, tal como o compreendemos aqui, a histérica chega freqüentemente aos consultórios profundamente ferida, ressentida e em um grave estado de privação fruto da dificuldade que tem em fazer-se entender. Seu *idioma* lembra uma língua morta cuja compreensão exigirá muito trabalho do analista.

²¹⁷ (1956) Winnicott, D. (1956)- A tendência anti-social. In: _____. *Privação e delinquência*. Martins Fontes, São Paulo, 1987. p. 130

²¹⁸ Khan, M. op.cit. p.57



PARTE III
DEIXANDO FALAR A CLÍNICA

CAPÍTULO VI – ANA E SEUS ESQUECIMENTOS.

Eu não conseguia lembrar de nada.

Ana procura ajuda dizendo sofrer. Em nosso primeiro contato, conta-me ter interrompido uma psicoterapia que durara um ano pois, *sinceramente não estava fazendo a menor diferença*. Ana é estudante universitária, faz Educação Física, tem vinte anos e divide um apartamento com colegas já há dois anos, desde que saiu da casa de sua mãe por ocasião da entrada na universidade. A sugestão da psicoterapia partiu de sua mãe que já havia tido, ela própria, uma experiência de análise.

Ana conta que tem uma irmã mais velha com quem não tem muito contato devido a grande diferença de idade entre as duas. Diz relacionar-se muito bem com a mãe embora não a veja tão freqüentemente já que esta mora em outra cidade. Seu pai faleceu quando ela tinha 13 anos e ela diz não querer justificar todas as suas dificuldades em função da perda precoce do pai.

Na verdade, diz ela, *acho que eu lidei muito bem com isso tudo. Claro que eu fico triste às vezes, mas não acho que essa seja a razão das minhas dificuldades em encontrar um namorado*. Esta sim, era sua principal queixa. Ela não dava sorte no amor. Existiam algumas combinações, possíveis e diferentes entre si, que acabavam sempre do mesmo jeito. Um desencontro. *Eu sei que isso é horrível, mas quando o garoto se interessa por mim eu não consigo mais querer. Minhas amigas dizem que quem sabe agora, que eu estou sofrendo, eu aprendo*. No momento da procura da análise, ela estava sofrendo muito e conta em detalhes a história do seu desencontro com Paulo. *Ele era louco por mim, a gente 'ficava' de vez em quando, mas eu não queria saber de um compromisso mais sério. Não gostava tanto dele assim...Eu estava interessada no João. Ele finalmente me esqueceu e começou a namorar uma outra garota do time. Agora eu estou totalmente louca por ele. O pior é que é sempre assim...*

Ana conta ainda que só teve um namoro mais duradouro, mas *esse não vale* pois ela ainda era muito menina. Esse namorado, que não valia, foi com quem ela iniciou sua vida sexual. A sexualidade nos primeiros tempos de análise parecia ser, como convém a uma menina nascida no fim do século XX, uma área livre de conflitos.

Na relação transferencial, seu modo de posicionar-se em relação ao seu desejo e ao outro vai desde cedo delineando-se. Proponho iniciarmos uma psicoterapia de duas sessões semanais e Ana nega, dizendo que por razões financeiras, só poderia me ver uma vez na semana. Provavelmente sua falta de recursos era verdadeira do ponto de vista da realidade psíquica, mas certamente não o era do lado da realidade objetiva. Mesmo assim, aceito as limitações alegadas por ela e iniciamos o trabalho com a perspectiva de um aumento do número de sessões em outro momento. Ana parecia muito assustada com o início de nosso trabalho, o convite à situação analítica supunha uma intimidade que a apavorava, "*intimidade de alma*" como diz Lóri. Optei, como Ulisses, por esperá-la contando que ela pudesse ficar menos assustada. Esperava que pudéssemos ganhar um ritmo de presenças e ausências que a deixasse menos temerosa para os mergulhos.

As interrupções das sessões eram sempre vividas com espanto por Ana, ainda que eu trabalhe com sessões de tempo fixo. *Mas já! Hoje passou tão rápido.*

Resistindo na sua insatisfação, Ana evitava a sensação de entrega, situação que lhe deixaria insuportavelmente vulnerável. Ela tranquilizava-se ao sair insatisfeita. Seu eu não estava ameaçado por aquela relação comigo afinal, ainda não era eu aquela que teria tudo o que ela desejava, aquela que a levaria a ausentar-se de si mesma. Ana garante assim, no seu desejo insatisfeito, a manutenção de sua organização, ainda que esta lhe custe muito caro.

Sua insatisfação ou a sensação de que recebe menos do que lhe era devido aparecia também no início das sessões: *Puxa, até que enfim chegou o dia de vir aqui. Eu precisei tanto. Estou tão mal...*, ou então quando ela diz *eu queria tanto que você me dissesse alguma coisa* ou *o que eu queria mesmo, eu sei que não pode, mas é que você me dissesse o que fazer.*

As escolhas eram momentos de intenso sofrimento para Ana que ficava atormentada pela dúvida. Seu sofrimento era duplo: sofria por não poder ter tudo e sofria por julgar que era ridículo sofrer daquele jeito por uma escolha tão bobá como, por exemplo, ir viajar ou perder o show de um cantor que ela gostava.

De algum modo, Ana intuía que sua verdadeira dor ainda não tinha encontrado as palavras certas para poder ser dita e pensada. Aquelas, certamente não serviam. Pareciam desmesuradas, ou, desligadas de uma dor ainda silenciosa.

O pai raramente é objeto do seu discurso. Ela conta que sempre se sentiu muito amada, embora soubesse que seus pais não desejavam mais filhos quando sua mãe ficou grávida de Ana. Sua mãe já havia, inclusive, feito um aborto antes dessa gravidez. *Acho que depois eles até gostaram. Seria chato ter só uma filha.* Nessa ocasião, Ana fala um pouco do período da doença do pai que falecera vítima de um tumor cerebral e após conviver com a doença e suas conseqüências dolorosas durante alguns meses. *Eu me lembro que estavam todos muito envolvidos e que eu fazia questão de não participar daquilo tudo. Na verdade, eu me lembro muito pouco dessa época.*

Não lembrar era, de fato, uma de suas dificuldades. Quando bebia um pouco, perdia o controle e acabava *estragando as coisas* não se lembrando de nada depois.

Certa vez, estava ficando com um rapaz e, *até gostando*. Esse rapaz trabalhava como DJ em uma boate que ela freqüentava. Uma noite, durante o período em que os dois estavam saindo juntos, ela foi com algumas amigas à boate e o rapaz estava ocupado com seu trabalho. Ana bebeu um pouco e acabou ficando com outro rapaz. *Minhas amigas é que vieram me dizer que o outro estava vendo e que eu estava exagerando. Eu nem tinha me dado conta. Na verdade, eu só me dei conta no dia seguinte quando elas me contaram tudo. Eu não me lembrava de nada. Não sei o que acontece. Eu sei que isso é preocupante.*

O primeiro tempo dessa análise girou em torno dos seus desencontros amorosos, do seu desejo insatisfeito de viver uma relação *homem/mulher satisfatória* e de algumas decepções com as amigas que ela *considerava como irmãs*.

Aos poucos começamos a perceber que suas saídas noturnas, incluindo quase sempre um contato erótico fortuito, eram temperadas por avidez e desespero. Como ela saía muito, dormia pouco, sentindo-se muito cansada no dia seguinte. No entanto, ela não conseguia entender como alguém pode preferir dormir à sair. *Às vezes eu nem quero sair mas, quando alguém me liga, eu não consigo dizer não. Sempre parece que eu posso estar perdendo uma grande oportunidade de conhecer um cara legal.* Ana não se conformava com os limites de seu corpo e tampouco escutava seus sinais mas, acima de tudo, não podia sonhar, precisava de alguém que pudesse sonhá-la.

Digo-lhe que para ela parece ser muito difícil estar só e ela se espanta. Falo-lhe de um barulho mantido, cuidadosamente, por ela como pano de fundo e digo-lhe que ainda não temos idéia do que escutaríamos no silêncio. De fato, ela parece odiar estar consigo mesma.

Annete Fréjaville²¹⁹ discute esse aspecto da histeria: a incapacidade de estar só e o papel indispensável do objeto para a histérica. É só através do outro que ela pode representar-se para si mesma. Esse aspecto interessa-nos bastante na medida em que pode ajudar-nos a pensar a consequência da perda do objeto na organização histérica, diante do papel que Fréjaville supõe que ele, o objeto, desempenhe em tal organização.

Esta autora sustenta suas idéias na hipótese defendida por Jacqueline Schaeffer²²⁰ de que a histérica utiliza o objeto para que ele represente sua vida pulsional. O uso permanente e ineficiente do recalque na histeria promove uma dissociação entre o representante do afeto e o representante ideativo bem como, entre a representação de palavra e a representação de coisa levando a histérica a buscar no outro um continente (representação) para o seu excesso afetivo²²¹. A resposta do outro pela via sexual é profundamente decepcionante para a histérica que, por esse caminho, não pode suprir sua falha da capacidade de pensar. Sozinha, a histérica sofre, seja de angústia ou de depressão. Já no uso que faz do objeto, ela consegue manter-se numa espécie de "crista" entre a angústia e a depressão.²²²

Ana não sabia o que procurava em suas saídas noturnas mas encontrava, na pior das hipóteses, um outro através de quem descarregava seu excesso pulsional, assim como também faziam as histéricas da Salpêtrière, através de seus sintomas conversivos. Outra saída utilizada por Ana era esquecer, através do uso do álcool, aquilo que não podia ser ligado ou representado.

²¹⁹ Fréjaville, A. - "L'incapacité d'être seul (e) de l'hystérique". In: *Revue Française de psychanalyse. Encore l'hystérie*. Tome L. mai-juin 1986. pp. 979-988.

²²⁰ Schaeffer, J. - "Le rubis a horreur du rouge". In: *Revue Française de psychanalyse. Encore l'hystérie*. Tome L. mai-juin 1986. pp. 923 - 944.

²²¹ *Ibid.* p. 939-941.

²²² Fréjaville, A. - "L'incapacité d'être seul (e) de l'hystérique". *Op. cit.* p. 987.

A histérica é, segundo Fréjaville, "*uma consumidora infatigável de objeto para poder pensar, é preciso aprender a estar só na presença do objeto para poder estar só na sua ausência*"²²³

A capacidade de estar só é conquistada, segundo Winnicott, quando a mãe atravessa o período de preocupação materna primária e a criança, o estágio de dependência absoluta. Assim, a capacidade de estar só constituiu-se, paradoxalmente, através da capacidade de estar só na presença de outra pessoa. Para Winnicott, esta capacidade indica: primeiro a possibilidade de representar-se a si mesmo, "eu sou", para, em seguida, desde que a criança tenha assegurado um ambiente favorável ao desenvolvimento, possa reconhecer a "existência continuada" do objeto ausente, podendo finalmente dizer "eu estou só".²²⁴

Suponho que a relação transferencial permitiu a Ana aventurar-se a momentos consigo mesma. Ana chegava a sessão e contava com detalhes como tinham sido seus momentos sozinha. Às vezes falava de um intenso prazer em fazer algum esporte ou, simplesmente, caminhar sozinha. Outras vezes, contudo, falava-me de um intenso sentimento de solidão que a assaltava, fazendo com que chorasse muito. O relato desses momentos na sessão nos faz supor a ausência e, portanto, a "existência continuada" da analista. Evidentemente, esses movimentos não se dão de modo linear durante o processo analítico. Falamos de momentos e, sobretudo, de experiências partilhadas na análise.

Mas que sofrimento era esse, pelo qual Ana chorava? Trata-se do sofrimento que ela pode representar mas, ainda que seja verdadeiro não se trata, do sofrimento do qual pretendemos nos aproximar. Essa dor que ela chora e me conta que chorou é o sofrimento que lhe acompanha. "*Com seu sofrimento a histérica não está só*" nos diz Fréjaville, o sofrimento permite representar-se para si mesma, enquanto se está só. Assim que ela encontra um outro, a analista, vai dedicar-se a exibir sua dor.

²²³ Ibid. p. 985.

²²⁴ Winnicott, D. W. (1958) - "A capacidade para estar só". In: _____. - *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 3ª ed. pp. 31-37.

Destaca-se ainda um outro momento nessa experiência de "estar só" na presença/ausência do objeto/analista. Trata-se da descoberta de um prazer, o prazer auto-erótico da capacidade de pensar. Não é raro que uma paciente histérica nos diga espantada: *Como é que eu não pensei nisso sozinha!*. "Só, ela não pode pensar: sua imaginação e seus medos ultrapassam-lhe"²²⁵. A histérica pode falar durante horas mas lhe é muito difícil refletir precisando da presença real do objeto para poder fazê-lo. "É a presença do outro, a cada vez negado e reencontrado em sua alteridade, que restitui à histérica suas capacidades auto-eróticas, que a ajudam a pensar por si mesma"²²⁶

A histérica, afirma Fréjaville, precisa do outro para poder jogar o jogo dos espelhos a dois, olhando-se e exibindo-se, para reencontrar seu amor próprio que permite-lhe imaginar-se e representar-se. "*Sozinha, a histérica se mata de anti-narcisismo*"²²⁷.

O primeiro tempo da análise consolida a possibilidade de Ana fazer uso da analista como objeto, o vínculo transferencial. Ana já havia se livrado das *amnésias alcóolicas* e, portanto, do abuso do álcool, quando alguns outros aspectos podem ser destacados.

Ana emagreceu um pouco o que a deixou muito satisfeita e envergonhada ao mesmo tempo. Afinal, ela considerava a preocupação com a aparência do corpo como algo fútil. Segundo as suas leis, ela só deveria se preocupar com o seu corpo do ponto de vista da saúde, mas não da estética. Ao mesmo tempo em que falava de suas ambigüidades, começava a falar também das suas inseguranças. Não se achava nem feia nem bonita. Ela queria agradar, mas temia que alguém pudesse identificar esse desejo. Ela gostava de ser ou parecer *desencanada*. Queria, sobretudo, ser querida pelo que era, mas o que ela era parecia morar em outro lugar que não o seu corpo. Seu esforço para ser *desencanada* não era muito bem sucedido nas situações de intimidade sexual quando ficava muito tensa para saber se seu corpo era capaz de despertar o desejo do outro.

Os encontros fortuitos tornam-se cada vez mais insatisfatórios para Ana e ela se *apaixona* algumas vezes, estabelecendo algumas relações um pouco mais duradouras. Sempre que uma relação não dá certo ela já tem outro em vista, embora pareça esforçar-se

²²⁵ Fréjaville, A. - "L'incapacité d'être seule de l'hystérique" Op. cit. p. 984.

²²⁶ Ibid p. 984.

²²⁷ Ibid p. 988.

em afirmar, para mim e para ela própria, que não esqueceu o amor anterior. Assim, Ana segue acumulando amores inesquecíveis.

Numa dessas ocasiões, Ana diz não conseguir *resolver esquecer* um antigo namorado. *Se eu pelo menos tivesse uma foto dele, mas ele ficou com todas as nossas fotos.* Digo-lhe que para ela, esquecer era definitivo demais, provocava um buraco irreversível nela mesma, como se ela tivesse perdido definitivamente uma parte de si mesma por esse buraco. Ao me escutar, Ana começa a falar do pai e do como se espanta ao dar-se conta das raras lembranças que tem dele. *Nunca vejo fotos dele, sei que ele existiu, mas às vezes parece-me como se eu nunca tivesse tido um pai.* Alguns buracos tinham sido escavados com essa perda. Ou, nas palavras de Masud Khan, alguns "brancos" através dos quais o histórico, habitado por um "cemitério de recusa" aliena-se, negando a si próprio e ao objeto.²²⁸

Ou seja, era essa possibilidade que o namorado oferecia-lhe de ter-se a si mesma, a que ela não queria renunciar. Ela não tinha uma foto e suspeitava que uma imagem concreta a ajudaria a imaginá-lo e, imaginar-se internamente. Renunciar ao objeto significava renunciar a parte de si mesma já que não havia, nela, a possibilidade de lembrar-se. Não é de lembranças que sofre a histérica mas, de reminiscências.²²⁹

Que dor é essa?

*“Os leigos, que de bom grado reúnem tais influências anímicas sob o nome de ‘imaginação’, costumam ter pouco respeito pelas dores decorrentes da imaginação, em contraste com as que são causadas por lesões, doenças ou inflamações. Mas isso é evidentemente injusto: qualquer que seja sua causa, inclusive a imaginação, as dores em si nem por isso são menos reais ou menos violentas.”*²³⁰

²²⁸ Khan, M. - "O rancor da histérica". In: Manoel T. Berlinck (org). - *Histeria*. São Paulo: Escuta, 1997. p. 57.

²²⁹ Lucien Israël lembra essa diferença entre lembrança e reminiscência tão fundamental na histeria. Na reminiscência, algo faltou, escapou à palavra inscrevendo-se no corpo como sintoma.

Israël, L. - "*L'hystérique, le sexe et le médecin.*" Op. cit. p. 102

²³⁰ (1905) Freud, S.- "Tratamento psíquico (ou anímico)". In: _____. *ESB*. vol.VII. p. 276.

Muitas das doenças mentais conseguiram medicalizar-se e assim ganhar um novo status, com maior prestígio. Vemos, hoje, um grande respeito pelos deprimidos; eles estão doentes, lhes falta alguma coisa e a medicina encontrou como recompensá-los, preenchendo o que lhes falta, a serotonina. O diagnóstico de síndrome do pânico inspira cuidados e solidariedade daqueles que cercam o “doente”. Já a histérica é conhecida como alguém difícil de ser satisfeita ou, domada, apesar dos grandes avanços da psicofarmacologia. Nos prontos-socorros, pensa-se no diagnóstico de histeria quando o sujeito, tomado por uma crise de agitação, resiste ao efeito dos tranqüilizantes. As histéricas insistem e resistem na sua insatisfação desde sempre, guardando nessas experiências um *"a mais de ser"*.

Dizemos "as histéricas", no feminino, propositadamente pois a reação que os histéricos provocam não são da mesma ordem daquelas provocadas pelas histéricas. A associação entre histeria e "frescura", algo sem importância, vem, evidentemente, da associação da histeria com o feminino.

A histeria, tem uma longa tradição de interrogação daqueles que lhe dispensam cuidados, ela sempre propôs enigmas e encontrou no correr do tempo as mais variadas respostas. Uma de suas especialidades é, como já vimos anteriormente, produzir um saber sobre o que pode constituir-se como objeto causa do desejo do outro. Pois bem, com o saber médico as coisas não se passam de forma diferente. Se o que se quer hoje, não é mais o grande ataque histérico dos tempos de Charcot, não há problema: ela pode mascarar-se de deprimida, ansiosa ou qualquer outra doença para a qual já se tenha encontrado a "cura".

Mas, em seguida, ela dirá: *"Isso não serve para mim. A minha ansiedade, depressão etc não tem cura, é diferente...Nada pode me aliviar"*

A resposta mais atual a essa interpelação, em geral ruidosa, da histérica têm sido um certo desprezo. Como se ela ocupasse o lugar daqueles que têm, eles sim, um sofrimento genuíno ou uma dor verdadeira.

Ela não quer crescer, só quer chamar atenção, faz de propósito, é infantil, está representando, daria uma boa atriz... Poderíamos citar diversas variações dessas falas, reveladoras de uma reação negativa, provocada pela histérica.

Buscamos um modelo que nos aproxime da sua dor insistente. "Aproximação", não por acaso, é o termo usado. Não poderemos nunca dizê-la totalmente, afinal, *além do princípio do prazer* resta sempre um resto e atrás do espelho não há nada. A questão talvez seja como cada sujeito se situa para abordar o indizível, o real.

Um aspecto transparente na teoria psicanalítica é que o sofrimento para um sistema psíquico em geral quer dizer prazer e satisfação em outro e Freud²³¹ sempre deixou isto claro. Por que, então, o sofrimento histérico parece, aos olhos daqueles que o vêem, menos doloroso do que aquele de um paciente deprimido, por exemplo? Ou ainda: se todo sintoma comporta um gozo, porque isso é tão mais evidente na histeria?

A comparação feita por Jacqueline Schaeffer²³² entre o rubi e a histeria nos indica um caminho para pensar essa questão. O rubi, tem horror ao vermelho e, por isso, absorve e guarda todas as outras cores do prisma, expulsando e refletindo justamente o vermelho que o horroriza. O vermelho é o que o rubi nos "*dá a ver*". A proposta de Schaeffer de que utilizemo-nos deste modelo da mineralogia para a reflexão sobre a histeria nos parece absolutamente pertinente. O que a histérica reflete?

A histérica reflete um rancor que culpabiliza o objeto defendendo-se do seu sentimento de culpabilidade; reflete uma disponibilidade para o contato através do seu corpo permanecendo, contudo, inacessível "*à mutualidade de um diálogo psíquico e de uma partilha*"²³³, defendendo-se e, inevitavelmente, sofrendo a falta do que Lóri chamava: encontros com "*intimidade de alma*".

Por trás das suas queixas, do sentimento de que não é compreendida ou, seguindo Khan, do seu *rancor*, há, na histeria, uma dor por não ser verdadeiramente tocada e por não tocar, ou, por não amar e não sentir-se amada. Ela deforma de tal modo seu desejo, que ninguém pode escutar seu apelo.

Pode-se alegar uma obviedade nessa afirmação: essa seria a dor de existir que acompanha cada um de nós, sujeitos falantes. O aspecto interminável das análises, ou, a dor pela perda do objeto original e com ele de uma primeira experiência de satisfação. Evidentemente, essa perda ou ferida é incurável e indissociável da existência.

²³¹ Entre vários outros lugares em que essa idéia é expressa, podemos encontrá-la em:

²³² Schaeffer, J. - "Le rubis a horreur du rouge". Op. cit. 924-925.

²³³ Khan, M. op.cit. p.57

Pontalis observa uma resistência por parte de alguns autores a aceitar a introdução da noção de "*dor psíquica*" no campo psicanalítico e justifica essa resistência por um temor de que uma apologia da dor, experiência pura, indizível e impensável; conduza a psicanálise a uma espécie de "*misticismo do negativo*"²³⁴. Afinal, concluiríamos que não temos nada a dizer sobre a subjetividade pois, no fim, tudo se reduz ao indizível.

Não corremos esse risco, mas a histérica talvez tenha desenvolvido todo um sistema para proteger-se de uma experiência que, pelo seu excesso não pode ser pensada. Os mecanismos históricos eram o que o sujeito tinha a sua disposição no momento dessa experiência traumática ou, porque não, indizível.

Seguindo a reflexão feita por Costa Pereira²³⁵ sobre os estados de pânico e o desamparo: este último é "*incurável*", o que é abordável pela técnica analítica é a forma que o sujeito encontrou para lidar com a falta de garantias, no caso do estudo deste autor, o estado de pânico.

A histeria sempre subverteu o saber constituído sobre a dor, ela não sofre onde tem dor. Sua dor verdadeira, aquela que "*deveras sente*", parafraseando Fernando Pessoa, está longe de ser evidente. Assim como o poeta, ela "*finge tão completamente que chega a fingir que é dor a dor que deveras sente*".

A clínica, e não só aquela da histeria, nos mostra a dificuldade e ineficiência de uma tentativa de traçar limites entre dor física e dor psíquica.

*"Toda dor, mesmo aquela oriunda de uma lesão real, remete o indivíduo a suas experiências mais primitivas de desamparo, da mesma maneira que, ainda diante da ausência de lesão, todo sofrimento é também acompanhado por sensações corporais, difusas ou localizadas."*²³⁶

²³⁴ Pontalis, J-B. - "Sur la douleur (psychique)". In: _____. - *Entre le rêve et la douleur*. Saint-Amand, França: Gallimard, 1977. p.256.

²³⁵ Costa Pereira, M. - *Pânico e desamparo*. São Paulo: Escuta, 1999. p. 366, 367.

²³⁶ Volich, R. - "De uma dor que não pode ser duas". In: Berlinck, M. T. (org.). - *Dor*. Escuta, São Paulo, 1999. Biblioteca de psicopatologia fundamental. p. 40.

De fato, observamos na literatura um uso indiscriminado dos termos "dor" e "sofrimento". Tradicionalmente, na linguagem comum, dor refere-se ao aspecto físico enquanto, sofrimento ao aspecto psíquico. Em Freud, não é tanto essa a distinção que se destaca. Observa-se como aspecto mais evidente o caráter quantitativo da dor. A dor é, para Freud, um fenômeno de ruptura de barreiras através da efração de um excesso nos dispositivos protetores do eu.

Desde o *Projeto para uma psicologia científica* até alguns textos do final de sua obra a questão da dor interrogou Freud, no entanto, como aponta Pontalis, o autor dedicou-se com muito mais empenho à experiência de satisfação que à experiência de dor.

Em *Inibição, sintoma e angústia*, texto de 1926, há um apêndice no qual Freud trata especificamente da questão da dor.

*“Quando há dor física, ocorre um alto grau do que pode ser denominado de catexia narcísica do ponto doloroso. Essa catexia continua a aumentar e tende, por assim dizer, a esvaziar o ego.”*²³⁷.

Esse esvaziamento do eu nos remete imediatamente ao *Manuscrito G* e ao *"buraco hemorrágico"*, escavado, como aponta Pontalis²³⁸ por *"um muito cheio"* que termina por criar *"um vazio"*. Não é por acaso, portanto, que Freud encerra o *Apêndice C* falando sobre o luto.

Esse é o ponto que nos permite, segundo Freud, fazer uma analogia da dor física com aquela sentida quando da perda do objeto. O intenso investimento no objeto perdido cria as mesmas condições econômicas que estão em jogo na dor causada por uma lesão. Dessa forma, uma representação de objeto fortemente investida produz o mesmo efeito que uma parte do corpo profundamente investida após uma sofrer uma lesão. De fato, a passagem da dor física para a dor psíquica corresponde à transformação do investimento narcísico em investimento objetal. *“A natureza contínua do processo catexial e a impossibilidade de inibi-lo produzem o mesmo estado de desamparo mental”*²³⁹.

²³⁷ Freud, S. (1926) - "Inibições, sintomas e ansiedade". In: _____. *ESB*. vol. XX. p.166.

²³⁸ Pontalis, J-B. "Sur la douleur (psychique)". *Op. cit.* p. 258.

²³⁹ Freud, S. (1926) - "Inibições, sintomas e ansiedade". *Op. cit.* p. 166.

A associação entre os dois textos faz-se também pelo vértice do *Rascunho G*. Lá, Freud irá associar o *buraco hemorrágico* da melancolia à teoria da dor física discutida por ele no *Projeto para uma psicologia científica*. São, em ambos os casos, as associações desfeitas que provocam dor. Dor por um excesso desligado que atravessa as barreiras de proteção do eu.

Assim, segundo Pontalis, com a dor, "*o corpo se transforma em psiquê e a psiquê em corpo*"²⁴⁰. Essa alternância entre a dor psíquica e a dor física aponta para algo além da passagem do investimento narcísico para o investimento objetal. Segundo Delouya, é a "*lógica paradoxal da instauração do objeto, entre o externo e o interno...*"²⁴¹ que se manifesta no fenômeno da dor.

Pontalis²⁴² propõe uma distinção entre dor e angústia. A angústia contém, segundo este autor, um apelo indireto ao outro, ela pode transformar-se em formações de sintoma, modular-se através de representações e fantasmas ou ainda, ser descarregada no agir. A dor, por outro lado, "*só tem a si mesma*", só pode ser gritada e esse grito não alivia o sujeito. A dor psíquica está ligada à perda do objeto real ou imaginária mas, como apropriadamente lembra este autor, o desejo e a angústia também estão ligados a essa perda. O que provoca a dor é, entretanto, o objeto ausente, perdido e ao mesmo tempo presente e atual. "*A cena psíquica pode parecer povoada, mas ela é povoada de sombras, de figurantes, de fantasmas, a realidade psíquica está em outro lugar, menos recalcada do que encapsulada*"²⁴³

Nas pacientes de quem falo aqui essa cena psíquica falsamente povoada evidencia-se no que chamamos, com Ana, de um ruído contínuo e exaustivo,

Os pacientes de Pontalis, assim como Ana, não conseguiam se lembrar de quase nada. A perda precoce do objeto impôs ao sujeito um trabalho de luto que ele não tinha condições psíquicas de realizar promovendo, nos moldes da fase oral da libido, a incorporação do objeto. A incorporação ou absorção, segundo o termo usado por Pontalis,

²⁴⁰ Pontalis, J-B. -"Sur la douleur (psychique)". Op. cit. p. 261.

²⁴¹ Delouya, D. -"A dor entre o corpo, seu anseio e a concepção de seu objeto" In: Berlinck, M. T. (org.). - *Dor*. Op. cit. p. 29

²⁴² Pontalis, J-B. -"Sur la douleur (psychique)". Op. cit. p. 261, 262.

²⁴³ Ibid. p. 263

privou o sujeito de um objeto para amar, para emocionar ou, até mesmo, impor privações ou sofrimentos. O objeto não respondia mais aos seus apelos e o sujeito viu-se obrigado a funcionar em circuito fechado.

Ana queria uma foto, ela não conseguia lembrar de nada e via, na foto, uma espécie de ponto de apoio, uma ancoragem na qual poderia ligar novamente seu excesso que ela temia deixar à deriva. Agarrar-se ao seu sofrimento era seu único modo de manter o objeto, antes que ele fosse jogado no *cemitério de mortos-vivos*, do qual Clara nos falará mais a frente.

*"A descrição freudiana da dor coloca-a numa posição paradoxal, entre um excesso transbordante e um outro, contrário, de evasão hemorrágica (melancolia); entre o tecer, o destecer e um retecer penelopianos do luto; entre a ameaça de desmanche e uma exasperada tentativa de ligação; entre o psíquico e o somático; entre a percepção interna e uma externa etc."*²⁴⁴

Os excessos trasbordantes de Ana a faziam sofrer, nada daquilo podia ser verdadeiramente ligado, fazer sentido, fazê-la existir e dizer "*eu estou sendo*" como Lóri pode dizer em seu encontro com Ulisses. Ana conseguia nas suas *baladas*, alguns empréstimos²⁴⁵, pequenas bóias soltas no mar que lhe permitiam parar um pouco e descansar. E isso era tudo. Do outro lado desse excesso, desse barulho, anunciava-se um vazio uma impossibilidade de sonhar ou, um buraco aspirante, fazendo com que Ana se agarrasse ao seu modo de sofrer excessivo, "*minha dor*" como diria Lóri.

A psicanálise e a histeria em particular evidenciam um aspecto indeterminado da dor. Há sofrimentos, pathos que não são dolorosos como se espera que sejam. Retomemos o exemplo do traumatismo, mencionado por Patrick Guyomard²⁴⁶, pela sua pertinência em relação ao nosso objeto, a histeria. O trauma se manifesta *a posteriori* porque retorna de alguma forma mas, o sofrimento vivido com esse retorno não é igual à

²⁴⁴ Delouya, D. - "A dor entre o corpo, seu anseio e a concepção de seu objeto". Op. cit. p. 28.

²⁴⁵ Termo utilizado por Jacqueline Schaeffer para falar da identificação histórica e do seu aspecto volátil. Schaeffer, J. "Le rubis a horreur du rouge" Op. cit.

²⁴⁶ Guyomard, P. Entrevista concedida para a preparação do V Congresso de Psicopatologia Fundamental e veiculada na internet. acesso em: agosto/2000.

dor experimentada no momento do trauma. Este sofrimento intriga o sujeito ao manifestar-se de forma inesperada e surpreendente. "*O sofrimento provocado pelo trauma não é idêntico à dor que o acompanha*"²⁴⁷. Uma série de mecanismos psíquicos tais como o recalque, clivagem ou esquecimento fazem com que exista ainda um sofrimento que permanece isolado dentro do próprio sujeito. Um sofrimento de difícil localização.

Deste ponto de vista, a dor exibida pode servir como as primeiras coordenadas na busca do sofrimento perdido, sob a condição de que ela não seja simplesmente suprimida. É preciso que se veja que cada dor remete à história singular de um sujeito. Do ponto de vista da clínica, essas reflexões nos mostram a necessidade de um cuidado criterioso na utilização de medicações ou outras intervenções que visem simplesmente a supressão da dor. Estados de muita angústia, insônia, depressão melancólica podem e devem ser tratados visando ao bem estar do sujeito, a questão é poder "*integrar esses elementos no interior do pathos*"²⁴⁸

Justamente aí , insere-se a nossa hipótese. A histérica exhibe suas dores e nós nos perguntamos qual a singularidade de seu sofrimento invisível. Interessa-nos, a busca dessa "*inscrição singular da dor em que encontro o lugar do sofrimento e de onde se pode, em consequência, retornar ao pathos.*"²⁴⁹

²⁴⁷ IBID.

²⁴⁸ IBID.

²⁴⁹ IBID.

CAPÍTULO VII - LUÍSA: SEM MÃOS E SEM CABEÇA

“No fundo do coração, entretanto, ela esperava que algo acontecesse.”²⁵⁰

Transportadas no tempo, suas crises revelariam um fenômeno de possessão sem espaço para dúvidas. Entretanto, no início do século XXI, Luísa sofre de crises dissociativas ou ainda, crises de ansiedade.

Nem sempre era possível descobrir quem falava, por quem ela estaria possuída mas, na maior parte das vezes, era uma menininha cheia de ressentimentos que clamava por atenção. A voracidade dessa menina aparecia em crises de bulimia, em episódios em que abusava do álcool ou ainda, do cartão de crédito.

Perto dos quarenta anos sua instabilidade que às vezes ganhava o nome de *maldição* a fazia sofrer muito. Considerava-se de vanguarda e dizia sofrer por enxergar mais longe do que as pessoas da sua família. *Eu nasci na família errada.*

Refere-se aos seus médicos como pessoas muito próximas e demonstra muita satisfação quando sabe que eles falaram sobre ela pelos corredores da universidade sugerindo que eu poderia conversar com eles para me inteirar de suas dificuldades. Faz sempre muita questão de dizer o quanto soube se cercar de médicos da maior competência, *todos grandes mestres.*

Durante muitos anos conseguiu esconder sua doença da família, mas há pouco tempo todos haviam sabido que ela tomava medicamentos para depressão e ansiedade.

É uma mulher muito interessante, de humor refinado e carismática, para não dizer sedutora, o que poderia parecer que estou tentando levar o leitor a ver uma histérica. Transforma-se de um momento a outro em uma menininha chata, querendo chamar atenção a qualquer preço e responsabilizando os outros por todas suas frustrações.

Luísa e seu marido me procuram pedindo que eu veja a filha mais velha do casal que está entrando na adolescência. Converso com o casal e, em seguida, vejo a menina algumas vezes voltando, finalmente, a encontrar-me com o casal. Optamos por

²⁵⁰ Flaubert, G. *Madame Bovary*. Rio de Janeiro: Ediouro, [s.d]. p.55

realizar algumas sessões de orientação de pais mas depois de alguns encontros a três vejo-me sozinha com Luísa. Sua angústia com a adolescência da filha vai aos poucos aparecendo e tornando-se mais compreensível.

Ela havia tido uma adolescência difícil. Dizia ter nojo da sua adolescência e não se conformava por não ter sido cuidada pelos pais. *Eu pedia ajuda e ninguém me escutava.* Aos 15 anos tomou uma caixa de remédio pois se sentia muito cansada, considera que teve experiências sexuais precocemente, bem como experiências com drogas. Diz ter tentado de todos os jeitos chamar a atenção dos pais, sem sucesso. *Eu tentava desesperadamente chamar a atenção deles e quase me matei para isso.*

A análise de Luísa inicia-se no dia em que ela me pergunta se eu penso que nós poderíamos colocar aquela adolescente que ela foi, deitada ali no meu divã. Será que ela finalmente poderia ser escutada?

Luísa já havia tido uma experiência de análise que ela diz nada ter acrescentado. Lembra-se de uma sensação muito ruim por estar deitada no divã. Mais tarde, na análise, essa sensação ruim ganha o nome de *vulnerabilidade*.

Luísa tem dois filhos. Ela é a segunda de uma prole de três. Revela lembranças de uma adolescência que ela qualifica como promíscua por um lado e bastante atuante em causas sociais e de esquerda por outro. Espanta-se por não ter tido conseqüências mais sérias como gravidez e doenças venéreas e pensa que talvez suas atuações adolescentes não fossem assim tão destrutivas. Diz que existem certas coisas na vida que, se acontecem cedo demais, podem ter um efeito desastroso e então, traz lembranças de situações ligadas a sexualidade e com status de trauma. Relaciona seus vômitos ao pênis de um garoto *entalado* em sua garganta. Seus episódios de bulimia em alguns momentos da análise ficam bastante controlados.

Lembremo-nos de Khan²⁵¹ e sua explicação para a precocidade das experiências sexuais do histérico que procura pela via da sexualidade “*o que os outros conseguem graças ao funcionamento do eu.*”²⁵².

²⁵¹ Khan, M. O rancor da histérica. In: Histeria. Org. Berlinck, M.T. São Paulo, Escuta, 1997. Pp.49-59

²⁵² Ibid. p.51

A voracidade de Luísa aparece também nas escolhas ligadas à vida profissional. Ela conhece várias coisas, fez muitos cursos, se dá bem na maioria deles mas não consegue escolher o que fazer. Aprofundar-se numa escolha ou situar-se em relação ao seu desejo é necessariamente deixar muitas outras de lado e isso é muito difícil na histeria.

Luísa se queixa por ter durante muito tempo prestado seus serviços para o marido na esperança de que eles pudessem construir a empresa de seus sonhos. Ela o ajudou e imagina que ele não fez sua parte. Agora ela pensa que deu algo valioso de si e que o outro não aproveitou.

Lembra-se de um comentário de um professor da época de faculdade que lhe dizia que ela tinha uma intuição muito boa mas que precisaria aprofundar-se em alguma coisa senão, um dia, iria ficar sem argumentos. *Parece que chegou esse dia.* Ela temia ser desmascarada. *“A relação com o saber constitui um terreno eminentemente favorável à atualização dolorosa das imperfeições.”*²⁵³

Nos momentos de descontrole, Luísa eventualmente rasga suas roupas. As referências às roupas, bolsas e sapatos são freqüentes nessa relação. Luísa é bastante vaidosa em geral e sempre tem algum comentário elogioso sobre a forma de se vestir da analista. Ela diz que só ficou em análise, inicialmente, porque admirava o modo da analista se vestir.

Em um momento de grande frustração por estarem atravessando dificuldades financeiras, Luísa diz que não vai mais ter cartões de crédito ou talão de cheques e os entrega ao marido. Queixa-se de não agüentar mais ter seus cheques sendo devolvidos e das dificuldades financeiras. A relação com o marido é de absoluta dependência e no início do seu período de análise Luísa não fica sozinha em casa pois tem muito medo, *de assombração mesmo.* O marido é quem se responsabiliza pelo acerto financeiro da análise, não simplesmente dando o dinheiro mas entregando-o ele próprio à analista, - assim como é ele quem se responsabiliza por sua medicação. Imagina que se não tivesse se dedicado aos filhos talvez, então, teria o que precisava. Recrimina o marido por não poder dar o que ela acha que sua família precisa.

²⁵³ Dor, J. *Estruturas e clínica psicanalítica*. P. 78

Introduziremos, paralelamente a apresentação da história da análise de Luísa, outra personagem que nos ajudará a encontrar palavras que ainda não encontramos em Luísa. Emma Bovary²⁵⁴, pensava:

“Mas um homem não devia saber de tudo, ser hábil em múltiplas atividades, iniciar as mulheres nas energias da paixão, no refinamento da vida e em todos os mistérios? Aquele, porém, não ensinava nada, não sabia nada, não desejava nada. Acreditava-a feliz e ela o detestava por aquela calma assentada, aquela serenidade pesada, feita da felicidade que ela própria lhe dava.”²⁵⁵

Quando está brava com as limitações que o dinheiro impõe, Luísa diz que o problema é que ela não nasceu para ser pobre e começa um discurso que parece não combinar com seu aspecto politicamente correto e caridoso. *O problema é que eu conheço as coisas boas e não consigo me conformar em comprar coisas de baixa qualidade, faz parte da maldição. Se eu não posso ter o que eu quero, eu decidi que eu não vou mais tentar me contentar com coisas de baixa qualidade. Eu prefiro não ter nada. Eu tenho horror a ser mixa.*

Logo no início do nosso trabalho Luísa tem uma crise que eu só acompanho de longe. Seu marido me telefona dizendo que ela não poderá vir á sessão e eu escuto uma menininha birrenta gritando: *não é verdade! Eu não quero ir.* Ele diz que não sabe o que fazer e eu peço para falar com ela. Ela se recusa a atender o telefone e só volta a me procurar cerca de um mês depois dizendo que eu tinha razão quando disse que teríamos que matar um leão por dia. Finalmente diz querer começar um trabalho.

Depois de uma das crises Luísa começa a pintar. Ninguém pode, segundo ela, sentir sua dor e Luísa parece não se conformar diante da solidão em que se sente. Seu pai tem um câncer e essa notícia a desestabiliza bastante. Ela diz que só podia terminar assim, até isso ele fez. Agora todos vão sentir pena dele. Nesse protesto, vemos o temor de Luísa em perder de uma vez por todas o apoio daqueles que odeiam seu pai junto com ela.

²⁵⁴ Personagem central do romance de Gustave Flaubert “Madame Bovary”

²⁵⁵ Flaubert, G.op.cit. p.43

Seu pai abandonou a família para viver com outra mulher com quem ele já tinha um filho e Luísa despreza a mãe que suportava *aquele homem* violento e que de algum modo não garantiu que ele cumprisse seu papel junto aos filhos. Descreve seu pai como alguém muito inteligente que chegou a ter algum sucesso e estragou tudo o que poderia ter conquistado. Diz ter muito medo de ficar igual ao pai, ter potencial e não fazer nada com isso. *Ele estragou tudo.*

A relação com o pai desvalorizado, desprezado é bastante difícil e ela não pode construir um entendimento do que teria se passado com esse homem para abandonar sua família. Em alguns raros momentos ela se aproxima de alguma tentativa de compreensão do que poderia ter se passado com esse homem que foi, ele mesmo, uma criança abandonada e imediatamente diz que o que ele fez não tem perdão. Luísa fala de um pai imaginário que é; ora absolutamente idealizado, *ele teria sido capaz de muitas coisas*, ora destituído de qualquer qualidade.

Quando o pai aparece doente, com câncer, ela fica com muita raiva como se ela não pudesse mais odiá-lo. Ela diz querer ela própria desenvolver um câncer assim as pessoas reconheceriam sua dor. *À dor psíquica ninguém dá importância.* E nos momentos de crise ela diz, *se Deus quiser, eu vou conseguir ter um câncer.*

Luísa sente-se sobrecarregada pela família. Tudo acontece em sua casa. Todos precisam dela e que ela não pode ter sua vida pois está o tempo todo ocupada em resolver os problemas dos outros. Tenta resolver dificuldades dos sobrinhos e vangloria-se por saber cuidá-los melhor que as próprias mães. Luísa pensa que se dedicou intensamente à maternidade, *fazendo geléia em casa*, para mostrar para sua mãe que era possível construir uma família e cuidar dos filhos. Ataca frequentemente o modo como outras mulheres se ocupam de seus filhos e vangloria-se da sua eficiência. Diz que depois que teve seus filhos passou a ter muita raiva da mãe, *como é que alguém pode ter uma coisinha daquela nos braços e não cuidar.*

Sua irmã C. é alguém com quem ela tem uma relação bastante ambivalente. A irmã, segundo Luísa, nunca a apoiou, tratava-se de mais uma que não entendia suas rebeldias adolescentes. Diz que sempre ajudou a irmã, que ela não sabe se virar sozinha e

que não agüenta mais ter que carregar todo mundo nas costas. Sente que a irmã a inveja e tem muito medo dessa inveja. Diz que tem muito medo da mediocridade; seu pai vivia dizendo que tudo era *mixo*. *Ele é que era mixo*.

Sua irmã é vista como aquela que não tem ambições maiores, *se contenta com pouco* e não cria problemas. Tem uma vida *mixa*. Ela traz a imagem da irmã como alguém que a vampiriza e ela tem muito medo da luz que a irmã possa roubar dela. O seu medo da inveja da irmã vai aos poucos podendo ser pensado a partir do seu próprio desejo de vampirizar outras mulheres por ela admiradas.

Conciliar o seu horror ao *mixo* com sua *excepcionalidade*, talento e maldição pareciam tarefas inconciliáveis.

É o tudo ou nada, não há como se contentar com pouco. Não há como aceitar a castração. Luísa parece ver na irmã alguém que sempre aceitou as regras do jogo a elas submetendo-se. Luísa a despreza bem como a sua mãe por essa passividade.

Tenho alergia à humanidade. Eu não poderia ter me conformado, construído uma vida normal com família, casa, filhos. Isso não é para mim. Imagina, assim como Mme. Bovary, uma vida glamourosa que ela poderia ter tido caso não tivesse se curvado aos desejos familiares.

“...quanto mais próximas as coisas, mais o pensamento dela se afastava. Tudo que a cercava de perto, a campina aborrecida, os pequenos burgueses imbecis, a mediocridade da existência, parecia-lhe uma exceção no mundo, um acaso particular a que ela estava presa, enquanto além daquilo se estendia a perder de vista a imensa região das felicidades e das paixões”²⁵⁶

“Aliás, ela já não escondia o desprezo por diversas coisas e pessoas e, às vezes, punha-se a exprimir opiniões estranhas, atacando o que era geralmente aceito e aprovando coisas tidas como perversas ou imorais, o que fazia o marido arregalar os olhos.”... “Era uma doença nervosa: necessário mudar de ares.”²⁵⁷

²⁵⁶ Flaubert, G. op.cit. p. 53

²⁵⁷ Ibid. p. 57

Desejar e temer com o mesmo fervor essa imensidão das paixões amarra a histórica, Luísa ou Emma, a um sofrimento estéril. Sofrimento que não se transforma em sabedoria sobre si, mantendo-as numa profunda solidão. Esse sofrimento sem poesia e que, portanto, não pode ser escutado, só podendo transformar-se no corpo. Esse corpo sem cabeça e sem mãos que não pode pensar, pintar ou tocar.

O início da análise de Luísa gira em torno de suas queixas dirigidas para todos seus familiares e aos poucos vamos nomeando esses momentos como muito barulhentos em que ela não pode falar por si mesma. Tratam-se de momentos de profunda alienação e sofrimento.

Luísa traz toda sua família para as sessões, cada um com suas dificuldades e fica impedida de olhar para as suas próprias dificuldades e, sobretudo, insatisfações. Insatisfações às quais ela se agarra tentando, assim, contornar a falta.

Quando o barulho trazido de fora vai diminuindo, ela pode entrar em contato com uma mulher cheia de insatisfações e que não tem a menor idéia de como se situar em relação aos seus desejos. *A frase que eu mais digo agora é: não sei. Antes eu sempre tinha uma opinião sobre qualquer assunto e a defendia com unhas e dentes. Mas, do mesmo modo como eu podia brigar por uma coisa hoje podia estar defendendo, amanhã, com o mesmo fervor a opinião oposta. Agora parece que eu não quero mais subir no banquinho e fazer discurso.*

Aos poucos vai aparecendo um ressentimento muito grande com as escolhas feitas por ela e pelas quais ela tentava responsabilizar os outros. Luísa sofre o peso da responsabilidade por suas escolhas e esse peso parece não poder ser acalmado pela maior liberdade que deveria acompanhar essa responsabilidade. *Não vai mais dar tempo, eu não poderia ter tido filhos.*

Ao mesmo tempo que, de forma bastante tumultuada, Luísa vai recuperando o seu caminho para a expressão artística ela começa a ter muita vontade de poder ter tempo e espaço para si própria. O seu medo de ficar sozinha desaparece e ela passa a desejar momentos de tranquilidade, para poder trabalhar sem ser requisitada pelos filhos. O medo, na verdade, não desaparece, mas transforma-se quando os fantasmas que a assombravam passam a habitá-la. *Tenho muito medo do que eu posso querer fazer. E se eu quiser desaparecer, largar todo mundo e ir para Nova York.*

Emma Bovary que queria ao mesmo tempo morrer e morar em Paris, às vezes “...para surpreender-se fechava os olhos. Mas nunca perdia a noção exata da distância a percorrer.”²⁵⁸. Luísa temia não guardar a distância exata e perder-se. Mas perder-se do que? Perder-se de si mesma caso se entregue a um outro. Perder-se na loucura, perder-se em um gozo que ela experimentou cedo demais e que é associado à loucura.

Luísa chega um dia a sessão com as unhas do pé pintadas de vermelho e diz que se a analista as usa assim não deve ser coisa de puta. Era como se as unhas vermelhas da analista iluminassem um pedaço do caminho fazendo com que ela pudesse avançar um pouco sem medo de se perder.

Luísa usa de várias metáforas ligadas a roupas, sapatos e bolsas para falar de si e da sua feminilidade. E, sobretudo, é a partir dessas coisas que sua relação com a feminilidade da analista aparece.

Suas crises de angústia concentram-se nos finais de semana quando tínhamos o maior intervalo sem sessões. Depois de um desses finais de semana, Luísa conta que sentiu-se muito mal, atacou a geladeira, vomitou e cortou uma camisola da qual gostava muito. Depois de duas sessões ela diz que imagina saber o que teria desencadeado sua crise durante o final de semana e diz ter ficado muito culpada por ter comprado uma bolsa, que ela me mostra, com o família passando por dificuldades financeiras. Digo a Luísa que eu imagino que ela já tivesse reparado que eu tenho uma bolsa praticamente idêntica a dela e ela responde: *é, eu pensei nisso*.

As tentativas fracassadas de incorporação do objeto e a tendência a buscar um modelo para situar-se em relação a própria feminilidade são geradoras de muita angústia desencadeando uma série de sintomas ligados, de forma importante à oralidade.

Emma Bovary, personagem fictícia de um romance, mas não por isso menos histórica, era tomada em alguns momentos por uma volúpia que ela não sabia de onde vinha. “Ela não sabia que reação de todo o seu ser a impelia para os prazeres da vida. Emma tornava-se irritadiça, gulosa e voluptuosa...”²⁵⁹

²⁵⁸ Flaubert, G. op. cit. p.170

²⁵⁹ Flaubert, G. p. 177

O encontro com um livro da artista plástica francesa, Louise Bourgeois - *Destruindo o pai, reconstruindo o pai* - espanta e encanta Luísa. Como é que as obras da artista podem não parecer pornográficas embora tenham todos os elementos para serem grotescas. O que as torna eróticas ou sutis livrando-as do grotesco?

Essa é uma questão importante para Luísa e não por acaso uma questão da histeria. Como transformar o que é pura excitação, portanto com efeito de trauma ao invadir o psiquismo, em erotismo. Como ligar o que foi desligado pelo recalque imperfeito que se fosse perfeito não teria gerado sintomas?

Um sonho de Luísa, da época em que as esculturas da artista francesa a estavam ocupando, ilustra essa dificuldade na histeria.

Entre vários outros elementos desse sonho que não vamos retomar aqui, Luísa está em um hotel com um G.O (espécie de monitor de atividades recreativas) e há uma pergunta a qual ela deve responder para participar de um passeio de barco. Ela deve escrever em inglês '*chuva de pedra*', ela se desespera e diz ao G.O que não sabe como escrever. O G.O lhe pergunta: - *Como se escreve chuva?* , ela responde: - *rain*, então ele pergunta: - *e pedras?* e ela responde: - *stones*. Finalmente, o G.O lhe diz que ela sabe escrever *chuva de pedras*. Ela responde que não, pois, '*rain of stones*' não faz sentido e, finalmente, diz que precisava do G.O para *juntar as palavras*.

Luísa passa, a partir daí, um longo tempo falando sobre o obsceno e o sagrado até poder dizer que ela trabalha com o sagrado pois teme a sua própria obscenidade. Luísa teme aquilo que se passa em outra cena, aquilo que está fora de cena, aquilo que por estar desligado das palavras ou das representações de palavra, pode ser brutal. Ela se encanta com a possibilidade dessa grande escultora de encontrar uma resolução estética para sua dor e no sonho revela a esperança e o desejo de que a análise possa ajudá-la a juntar as palavras descobrindo algo que faça sentido, ou, um novo sentido.

As obras de Louise despertam em Luísa uma grande crise. Ela diz sentir a presença de seu pai ao seu lado na forma de um grande pênis que a persegue. *Ele às vezes usa até boné!* Sua postura e mesmo sua voz tornam-se absolutamente infantis e ela faz gestos passando a mão pelos braços como se estivesse tentando se limpar de algo, daquele pênis gigante que não saía do seu lado.

Luísa trabalha bastante com imagens de santos e é bastante católica. Durante essa crise, diz que sempre lhe ocorreu uma imagem a qual nunca teve coragem de dar forma: *uma Nossa Senhora com pinto*. Mas não consegue e não pode misturar a Nossa Senhora com nada, nem mesmo com outras figuras femininas e maternas de outras religiões como já teve vontade de fazer. Queria fazer uma série com Nossa senhora, Iemanjá, Ísis mas não tem coragem de misturar a Nossa Senhora com nada. *Ficaria vulgar. Acho que eu sempre vi meu pai como um grande pinto que ficava exibindo suas conquistas.*

Durante as crises ela se queixa muito de todos que a cercam. Ninguém é bom o suficiente para cuidar dela. Queixa-se bastante do marido, quer atenção exclusiva. Recrimina o marido, mãe, irmã e, em alguns momentos, a analista. *Vocês não sabem que fazer comigo.*

Sua mãe, segundo Luísa, nunca soube o que fazer com ela pois não entendia nada, ficava lá esperando o pai voltar e ainda *levava sapatada na cara quando o sapato não estava engraxado*. Digo a ela que talvez ela imagine que seu pai tenha, com seu grande pênis, desviado o olhar de sua mãe, deixando-a desamparada cedo demais. Sugiro, em seguida, que ela tenha querido ter, ela também, esse grande pênis que era capaz de garantir a atenção e interesse de sua mãe. Luísa, ao escutar essa interpretação, diz que acha que por isso vomita. *Eu tentei ser esse pintão por toda a minha adolescência.*

A clássica cisão entre duas figuras femininas, uma casta e pura, Nossa Senhora, e outra promíscua aparece nas dificuldades de Luísa com a própria feminilidade.

Um dia Luísa vai a uma loja de roupas com a filha que lhe pede sugestões sobre o que lhe caía melhor. Luísa diz ter ficado muito feliz ao pensar que a filha poderia tomá-la como modelo quando fosse mãe e também estar próxima de suas filhas como ela se sentiu da filha naquele momento. Espanta-se muito quando observo que talvez, o que as aproximasse naquele episódio da escolha das roupas fosse a feminilidade e não a maternidade simplesmente. Mostrando-se bastante surpresa, ela diz nunca ter pensado que a filha pudesse tomá-la como um modelo de mulher e ainda mais espantada com o efeito provocado pela minha observação diz que nunca se deu conta de que a filha pudesse vê-la como um ser com sexualidade.

Voltemos a Emma que também busca na religião e no sagrado uma possibilidade de proteger-se dos seus desejos proibidos.

“Desejou tornar-se santa...Quando se ajoelhava no oratório gótico, dirigia ao Senhor as mesmas palavras de suavidade que anteriormente murmurara para o amante, nas expansões do adultério. Era para fazer vir a crença, mas nenhuma revelação descia do céu; e ela se levantava, com os ombros fatigados, com o vago sentimento de uma imensa farsa.”²⁶⁰

Luísa fala de uma dor que não vai passar nunca e que ninguém pode ver. Emma dizia *“Se nossas dores pudessem ser úteis a alguém pelo menos nos consolaria pensar no sacrifício.”²⁶¹* A questão é que a histérica não pode fazer sua dor ser escutada, ao menos não aquela que ela sente verdadeiramente, só aquela que ela dá a ver.

Quando passam os momentos de crise, Luísa mostra-se bastante triste e muito preocupada com os estragos provocados no período e, como alguém depois de um episódio de possessão espírita, diz estar exausta.

A possibilidade de refazer-se de uma crise de modo relativamente breve, de refletir sobre o que lhe aconteceu ainda que com um custo libidinal importante é um dos traços que gostaríamos de, desde já, sublinhar para uma discussão que faremos adiante. Essas são, seguindo André Green²⁶², características que colocam nossa paciente muito mais do lado da histeria do que de uma paciente *borderline* como alguns poderiam pensar. O *borderline* é muito mais estável na sua instabilidade do que o histérico.

Essa fadiga desoladora é uma queixa bastante comum em pacientes com uma organização histérica, mais ainda, nos momentos seguintes a uma crise já ultrapassada. Esse traço, da queixa de exaustão, aparece nas pacientes tratadas por este trabalho bem como nas histéricas de Freud. *Eu estou muito cansada*. Deixemos para mais tarde a dúvida sobre para onde foi deslocada a libido desses sujeitos nesses momentos. Por onde ela escoou?

²⁶⁰ Flaubert, G. op. cit. p.141

²⁶¹ Flaubert, G. op. cit. p. 155

²⁶² Green, A - “Hystérie et états limites: chiasme”. In : Annick Le Guen, Annie Anargyros et Claude Janin. (dir) *Monographies de psychanalyse – Hystérie*. Paris: PUF, 2000. pp.139-162.

Um dos sonhos repetidos de Luísa é de que ela está muito apertada para fazer xixi e não encontra um banheiro. Quando finalmente o encontra, trata-se sempre de um local sujo e inapropriado.

Numa das vezes em que conta uma das variações desse sonho Luísa tem uma lembrança que a deixa muito constrangida. Estava no colo de seu pai com sua mãe ao lado e fez cocô em seu colo. Lembra-se que teve muita vergonha e saiu correndo...

Ao contar essa lembrança com muito embaraço Luísa diz não poder se lembrar de outro momento de ternura como esse, sentada no colo do pai. *Deve ter sido uma exceção.* O constrangimento da lembrança pareceu-me mais ligado à proximidade do pai do que à evacuação propriamente.

Em seguida, ocorrem-lhe algumas lembranças relacionadas ao longo período em que sofreu de enurese. Conta que sempre achava estar cheirando xixi mesmo que tivesse tomado banho e que sua mãe lhe garantisse que cheirava bem. Seu avô materno, figura muito importante na vida de Luísa, era quem se preocupava com essa dificuldade indo com ela sistematicamente a uma farmácia homeopática comprar um remédio que a ajudaria a não mais molhar a cama.

Depois de um ano de análise e às vésperas da mais longa interrupção desde o início do trabalho Luísa faz dois sonhos. Um deles ela diz ser sem importância pois é *muito óbvio.*

Sonha que seu marido diz que não pode continuar pagando por seus luxos. Afinal, ela não trabalha, não *dá para ele* e só quer saber de gastar.

No outro sonho ela é uma médica trabalhando em um hospital, na parte dos cadáveres. Ela não parece amedrontada e diz que em outros tempos teria certamente acordado deste sonho como que de um pesadelo.

Ela vai olhando os corpos e os colocando em um outro lugar. Até que se depara com um corpo de uma mulher sem cabeça e sem braços que ela nota ainda se mexer. Ela leva a mulher para a sala ao lado onde uma outra médica lhe aplica uma injeção para

que o corpo morra de vez. Põe o corpo de lado e ele volta a se mexer. Luísa chama a atenção da colega que se espanta com a vitalidade daquele corpo sem braços e sem cabeça. Finalmente, Luísa segura o corpo para que a outra médica aplique uma nova injeção que dessa vez deve fazer pararem os espasmos.

Luísa observa que enquanto ela referia-se à *mulher* sua colega referia-se ao *corpo*. Em seguida, ela sai da sala dos cadáveres e pergunta a uma enfermeira como ela pode sair dali. A pessoa responde *Pela sua sala doutora!* Luísa diz que se dá conta de que ali ela é uma médica, mas que não sabe onde fica seu consultório. A enfermeira lhe mostra o caminho. Uma porta que sai da sala dos corpos. Ela entra em sua sala, pequena e aconchegante e em seguida percebe que há uma outra porta que dá em um grande pátio com uma construção grande e antiga ao fundo. Esse lugar era muito espaçoso e transmitia muita paz. Ela se impressiona por ter acesso a um lugar assim. Como ela nunca havia se dado conta daquela porta?

Luísa sofre quando seu corpo parece-lhe estranho, repulsivo, vazio de significados não servindo-lhe de morada e não servindo como continente para o seu excesso mas, ao mesmo tempo, quando reconhece que não habita um corpo mas, o seu corpo de mulher, Luísa também sofre.

Ela gostaria, e ao mesmo tempo esse é um de seus grandes temores, de oferecer seu corpo aos cuidados do outro livrando-se dele e do peso de habitá-lo. Queria ser cuidada pelos médicos ou, lembrando Khan, queria que o ambiente agisse sobre ela, apesar dela. Sem que ela precisasse implicar-se nesses cuidados. Ao descobrir ter *síndrome do intestino irritável* e pouco tempo depois, apresentar uma alteração na taxa de colesterol, irrita-se com o comentário feito pelo médico de que ambas as patologias estariam ligadas à ansiedade. Luísa recebe essa observação como uma recusa, por parte do médico, a cuidá-la. Como se o médico lhe devolvesse seu corpo dizendo não poder fazer nada por ele.

Por ocasião da separação que se sucedeu aos sonhos acima relatados, desencadeia-se uma nova crise.

Luísa faz, então, diversos contatos telefônicos nos quais diz não estar conseguindo respirar, ter atacado a geladeira e mostra-se muito assustada por não estar conseguindo esconder seu estado dos filhos que ela diz estarem muito perturbados com sua situação. Diz também que começou a sentir-se mal quando decidiram não ter recursos para fazer uma viagem que ela planejava fazer com a filha para comemorar seus quinze anos. Sua mãe proporcionaria a viagem para a neta, mas Luísa estaria excluída dessa viagem. Queixa-se de que a mãe não a amou o suficiente, que não podia compreendê-la e agora ela ainda tinha que ser grata pela sua generosidade dando à neta a viagem que ela, Luísa, não poderia proporcionar.

Nos contatos seguintes, avisa que não se sente bem pois misturou bebida alcóolica com o medicamento e, quando peço que ela contate seu psiquiatra, diz que não vai precisar, não vai mais *avacalhar* as minhas férias pois *se Deus quiser a garrafa de vinho do porto não iria desaparecer e ela iria acabar com ela*. Nesse mesmo dia, à noite recebo um telefonema do marido de Luísa dizendo que ela está passando muito mal pois havia se alcoolizado. Sugiro a ida a um pronto-socorro indicando a qual eles deveriam ir. Luísa recusa-se a ir ao hospital a não ser que eu a acompanhe. Recebo um recado dizendo que eu devia esquecê-la e, finalmente, quando voltamos a nos falar, ela parece recomposta e me diz que não foi ao pronto socorro pois só o faria se eu fosse junto. Possuída pela menininha birrenta, diz que eu fui muito cruel e quis castigá-la.

A ansiedade de separação está presente na histeria ainda que não seja um dos traços mais marcantes dessa organização. Vemos, com Luísa que ela de fato sofre uma crise de angústia a partir do início das férias mas que, juntamente com isso, há uma tentativa de pôr a prova a dedicação e, porque não dizer, o amor da analista. O limite colocado, não ir ao hospital, fez com que Luísa pudesse reorganizar-se.

O encaminhamento ao psiquiatra funcionou como a entrada de um terceiro que encerra e interdita o jogo dual e subjetivamente alienante em que analista e paciente arriscam perder-se. Essa é uma questão de grande importância, embora não pretendamos desenvolvê-la longamente aqui.

Em algumas situações clínicas, a sugestão da interferência de um terceiro, o médico psiquiatra, pode ser vivida com extrema angústia pelo paciente que experimenta uma sensação de rejeição por parte do analista. Como se este lhe dissesse que não pode “dar conta” dele ou, recusasse ser o destinatário daquele amor, e ódio, de transferência. Em situações como a de Luísa esse tipo de interferência pode ser extremamente apaziguadora devido ao receio histórico de perder-se no outro.

A possibilidade de simbolizar a ausência é freqüentemente falha na histeria e ela tende a repetir incessantemente no interjogo de suas relações objetais algo que se assemelha ao jogo do carretel descrito por Freud no texto de 1920²⁶³. Luísa parece ter durante a primeira semana de férias da analista, dedicado-se a um jogo de perder e achar até poder assegurar-se da continuidade da existência do objeto e, principalmente, assegurar-se de que ela própria continuava existindo para a analista. Nesse, e em outros momentos de descompensação de Luísa, observo a necessidade de bascular entre duas posições, quais sejam: aceitar o jogo durante algum tempo, e, porque não, deixar-me seduzir ou, por outro lado, parar de jogar em um determinado momento.

Não entrar no jogo, não se deixar seduzir, ainda que temporariamente, leva aos maltratos já famosos a que são submetidas as histéricas ao longo dos séculos. Por outro lado, não poder bascular, sair dessa posição de oferecer infundáveis provas de amor, pode angustiá-la ao ponto de inviabilizar a continuidade do tratamento. O limite que remete à castração é apaziguador para a histérica e garante uma reorganização do eu desde que precedido de um lastro já criado, ou, segundo Winnicott, de um período de ilusão.

Relembremos que a angústia de castração, central na histeria, relaciona-se intimamente com as primitivas angústias de separação que são nesse segundo tempo, do Édipo, resignificadas. “*O complexo de castração organiza-se efetivamente, como um traumatismo em dois tempos*”²⁶⁴.

²⁶³ Brette, F. – “Hystérie et traumatisme” In: Annick Le Guen, Annie Anargyros et Claude Janin. (dir)- *Monographies de psychanalyse – Hystérie*. op. cit. pp 81-106

²⁶⁴ Ibid. p.85

Durante essa última crise acompanhada só por telefonemas Luísa dizia que precisava mudar alguma coisa em sua vida pois não podia ser igual a sua mãe que a vida toda fazia umas coisinhas para conseguir algum dinheiro para os alfinetes e para poder proporcionar algumas coisas aos filhos. Descreve a mãe como fraca, alguém que se humilhou pelo homem que amava.

Em um dos telefonemas diz que talvez sua mãe tenha sido mais feliz, *sobe no banquinho* e inicia um discurso sobre a condição feminina. Pelo menos sua mãe não esperava nada de diferente, mas ela e sua geração imaginavam que as coisas poderiam ser diferentes. Finalmente, diz que continua tudo igual e o seu grande problema parece resumir-se a ter nascido mulher.

Não podendo assumir-se enquanto sujeito desejante Luísa vê-se como vítima de um destino que ora é marcado pela sua condição feminina, ora pelo pai que a abandonou bem como à sua família, escolhendo viver com outra mulher; ora pelo pai fracassado e, ainda outras vezes, pela mãe que não soube impor-se protegendo, dessa forma, seus filhos.

Novamente recorremos a Emma que em outra época parecia queixar-se da mesma dificuldade.

É seu marido, Charles Bovary, quem pensa:

*“Mas uma mulher está sempre presa. Inerte e flexível ao mesmo tempo, tem contra si as fraquezas da carne e as imposições da lei. Sua vontade, como o véu da cabeça, estremece a todos os ventos, há sempre uma desejo que a atrai e uma convenção que a impede”*²⁶⁵

Luísa é histérica? A descrição das crises dissociativas, acessos de raiva, angústia de separação e até mesmo seus episódios bulímicos talvez levasse um bom número de psicanalistas a descrevê-la como um exemplo de caso-limite ou paciente borderline. Acreditamos, entretanto, que aí evidencia-se uma organização histérica.

²⁶⁵ Flaubert, G. op. cit. p.71

A histeria e os estados-limite

A confusão entre essas duas categorias diagnósticas tem sido objeto de várias discussões, por vezes bastante polêmicas, no campo psicanalítico. Se nos situarmos do ponto de vista da descrição dos sintomas, a confusão não poderá ser dissipada já que ambas as categorias - histeria e, sobretudo, os casos-limite - nos remetem a uma sintomatologia amplamente variada e em muitos casos coincidente.

Entre a rigidez e a operacionalidade de uma definição diagnóstica em psicanálise vemos algumas questões. Existe uma distância intransponível e obrigatória entre a experiência clínica na transferência por um lado e, por outro, qualquer teorização que se possa fazer a respeito desta experiência. Ainda que concordemos que ambas são absolutamente imprescindíveis e necessárias entre si, Freud é o primeiro a reconhecer o poder e os perigos da *feiticeira metapsicologia*. Devemos recorrer a ela com parcimônia. A medida é determinada pela clínica e, acima de tudo, é preciso repensar a teoria sempre que a experiência clínica assim o impuser.

Sem dúvida, foi como resposta a uma questão levantada pela clínica, que a categoria de *borderlines* ou, casos-limite foi criada e amplamente adotada pelas classificações psiquiátricas mais em voga na atualidade, CID e DSM²⁶⁶. Fala-se em *transtornos de personalidade borderline*.

Encontramos freqüentemente a observação de que os pacientes chamados "difíceis" parecem constituir a grande maioria entre aqueles que procuram ajuda psicoterápica ou psicanalítica atualmente. Esse comentário vem, em geral, acompanhado de uma queixa da falta dos bons pacientes neuróticos, histéricos ou obsessivos, dos gloriosos anos do início da psicanálise. Como se aqueles, os neuróticos, fossem pacientes fáceis ou não tão graves.

²⁶⁶ 301.83. - American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais*. DSM IV. Op. cit. p. 613-617

A concepção dos estados *borderlines* permitiu um grande avanço tanto para a elaboração metapsicológica quanto para a abordagem técnica de "*pacientes difíceis*" e terá sua operacionalidade reforçada desde que vejamos os "*funcionamentos limites*"²⁶⁷ como modos de organização que ultrapassam a nosografia ou, "*transnosográficos*"²⁶⁸. A hipótese defendida por Richard²⁶⁹ e a qual nós aderimos, é de que no interior da histeria encontramos, por vezes, a especificidade de um nível arcaico sem que, com isso, ultrapássemos os limites da histeria. No próprio interior da histeria - Luísa nos serve de exemplo - que podemos identificar esse "*funcionamento limite*".

A negação dos "funcionamentos-limite" no seio da histeria, segundo François Richard, provocou uma espécie de reorganização nosográfica, na qual observamos quadros, anteriormente tomados como histéricos, serem rebatizados desconsiderando aquilo que é específico da histeria. Como exemplo, este autor nos fala da categoria de "personalidade múltipla" bastante em voga nos Estados Unidos e diagnosticada, segundo o DSM-IV, como "*Transtorno dissociativo de identidade*"²⁷⁰ e cujas características nos remetem ao papel da clivagem nas personalidades histéricas assim como foi esclarecido por Freud e Breuer em 1895.²⁷¹

Se, por um lado a concepção dos casos-limite permitiu desdobramentos importantes, por outro, a neurose passou a ser vista por muitos autores como algo leve, menos grave fazendo, muitas vezes, com que as resistências que eventualmente surgissem em um tratamento funcionassem como indicativos de uma organização não neurótica da personalidade. O risco é que esse movimento faz com que se abra mão, muitas vezes, de modelos metapsicológicos solidamente construídos a partir da experiência clínica durante este primeiro século desde a criação da psicanálise.

²⁶⁷ Chabert, C. - "Les fonctionnements limites: quelles limites?" In: André, J. (dir) - *Les états limites*. Paris, PUF, 1999. pp. 93-122.

²⁶⁸ Richard, F. - "Hystérie et traumatisme" in: André, J; Lanouzière, J et Richard, F. - *Problématiques de l'hystérie*. Paris: Dunod, 1999. Série Psychopathologie et psychanalyse. Dirigée par Catherine Chabert. p. 87

²⁶⁹ IBID

²⁷⁰ American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais*. DSM IV. p. cit. p. 460

²⁷¹ Richard, F. - "Hystérie et traumatisme". Op. cit. pp. 87-88.

A confusão nesse domínio é grande e não tentaremos esgotá-la mas sim, tratá-la na justa medida em que ela concerne nossa questão a respeito do sofrimento histérico.

Desde o artigo de Stern em 1938²⁷² introduzindo o termo *borderline* em psicanálise, o pensamento sobre a questão avançou bastante embora, ainda contenha muitas polêmicas, como mostra Figueredo²⁷³. Este autor discute a diferença de visões sobre o assunto entre a escola inglesa e francesa de psicanálise. Diferença que se expressa imediatamente através dos termos utilizados. De um lado fala-se em pacientes-limite ou casos-limite e, de outro, fala-se sobretudo em estados- limite ou ainda, funcionamento-limite, o que demonstra uma diferença de concepção sobre o mesmo fenômeno.

A opção pelo termo "estado-limite", denota uma visão que, embora reconheça o fenômeno, não lhe atribui uma dimensão estrutural tratando-o, portanto, como um fenômeno que pode ser observado em diferentes quadros psicopatológicos. Já a utilização do termo "caso- limite" ou "*borderline*" costuma revelar uma outra posição teórica, aquela de reconhecimento de uma organização específica: entre neurose e psicose.

André Green reconhece uma especificidade psicopatológica nos casos-limite e utiliza-se do termo "*quiasma*"²⁷⁴ para tratar das relações entre histeria e casos-limite. Segundo o *dicionário Aurélio da língua portuguesa*, quiasma é uma "*construção anômala, originada do cruzamento de construções normais; cruzamento sintático, contaminação sintática*" no sentido gramatical e, no sentido anatômico um "*cruzamento ou decussação de duas formações anatômicas.*" Há ainda um sentido retórico que significa a "*repetição de palavras invertendo-lhes a ordem*"²⁷⁵. A escolha desse termo sugere, segundo o próprio autor, um movimento oscilatório²⁷⁶ assim como evidencia uma zona de intersecção entre histeria e estados limites.

²⁷² Stern, A. – "Investigação psicanalítica e terapia do grupo de neuroses limitrofes". In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: vol II. n° 2. Junho de 1999. pp. 159-176.

²⁷³ Figueredo, L.C. – "O caso limite e as sabotagens do prazer". In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: vol. III. n°2. Junho de 2000. pp. 61-87

²⁷⁴ Green, A. – "Hystérie et états limites: chiasme". Op. cit. pp. 139-162.

²⁷⁵ Ferreira, A. B de H. (Ed.). - **Novo Dicionário básico da língua portuguesa: folha/Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988. p. 544.

²⁷⁶ Green, A. - "Hystérie et états limites: chiasme" Op. cit. p. 159.

Os casos-limite não se confundem, segundo Green, com neuroses graves, nem tampouco falam de um núcleo psicótico em uma organização de personalidade neurótica. Os limites, para este autor, não fazem referência a uma linha divisória entre os funcionamentos, neurótico e psicótico. A fragilidade diz respeito, sobretudo, as fronteiras do eu.²⁷⁷

Segundo Green, a comparação entre histeria e casos-limite tornou-se muito mais importante para a clínica psicanalítica do que aquela habitualmente feita entre casos-limite e psicose, ou ainda, aquela entre histeria e neurose obsessiva. Esta última feita pelo próprio autor em um artigo de 1964.²⁷⁸

O limite é tratado por Green como um conceito que se aplica às relações entre o eu e os objetos e, às relações entre as diversas instâncias do aparelho psíquico. O limite é, ainda, o que entra em jogo entre as diversas estruturas do universo psicopatológico, considerando portanto:

*“a nosografia psicanalítica como um conjunto articulado e atravessado por movimentos dinâmicos permitindo-nos imaginar tanto relações entre as diversas entidades quanto possibilidades de transformação de uma entidade em outra.”*²⁷⁹

Pierre Fédida, ao discutir a questão, refere-se a tratamentos difíceis, estados-limite e até mesmo “*neo-histéricas*”²⁸⁰. Este autor examina as dificuldades do uso do paradigma técnico da análise infantil para os tratamentos de casos difíceis denominando “análises difíceis” aquelas nas quais não se tem assegurado o funcionamento do enquadre devido a dificuldade do paciente em dispor “*de um aparelho psíquico e de para-excitações*”²⁸¹ *que o enquadre comportaria idealmente*”²⁸².

²⁷⁷ Green, A. - “Genèse des états limites” In: André, J. (dir) - *Les états limites*. Paris, PUF, 1999. pp. 23-68

²⁷⁸ Green, A. - “Neurosis obsesiva e histeria. Sus relaciones em Freud y desde entonces. Estudio clínico, crítico y estructural.” In: Jorge J. Saurí (comp.) *Las histerias*. Buenos Aires: Nueva Visión.,1991.Laura Quinteros (trad.) pp. 321-364

²⁷⁹ Green, A. - “Hystérie et états limites: chiasme”. op. cit. p.142

²⁸⁰ “néo-hystériques” Fédida, P. - “Sur le rapport mère-enfant dans le contre-transfert”. In: _____. *Crise et contre-transfert*. Paris : PUF, 1992. p.159.

²⁸¹ Para-excitações é um termo usado por Freud para dignar uma certa função de filtrar as excitações vindas do mundo exterior protegendo o organismo de sua intensidade.

Laplanche, J. & Pontalis, J-B. - *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, PUF,1998. 2ª ed. « Quadrige ». p.302.

²⁸² “*d’un appareil psychique et des pare-excitations que celui-ci comporte idéalement*” Fédida, P. - “Sur le rapport mère-enfant dans le contre-transfert”. Op. cit. p. 146.

O analista é constantemente interpelado, “*em sua pessoa*”, a agir e o grande desafio desses tratamentos é instalar e reinstalar seguidamente a situação analítica, a partir de si mesmo sem contar com o suporte do enquadre²⁸³.

Luísa dizia não querer deitar-se no divã pois isso lhe traria uma insuportável sensação de *vulnerabilidade*. Ela buscava, não só na manutenção do face a face, produzir na analista um efeito de simetria especular temendo, como diz Fédida, “*um abismo vertiginoso que a aspiraria, aniquilando-a*”²⁸⁴. Ela precisava ver-se sendo vista por mim e “*não abriria mão de nada enquanto percebesse o(a) analista prisioneiro(a), assim como ela, do seu eu*”²⁸⁵. Luísa investigava, assim, as condições da analista para descobrir para si “*uma língua inédita*”²⁸⁶ insistindo, ao mesmo tempo e através do seu idioma conhecido, no seu desejo de que a relação com a analista pudesse “corrigir” as falhas ressentidas nas suas relações objetais primitivas.

Os funcionamentos-limite revelam a questão dos limites do analisável assim como dos limites da análise pessoal do analista que é solicitado aguda e violentamente, por esse tipo de paciente, a deixar “*de ser para tornar-se*”²⁸⁷ ou, transformar-se, deixando-se invadir e permitindo que algo da subjetividade do paciente possa ser figurado.

Catherine Chabert²⁸⁸ constatando o largo espectro psicopatológico recoberto pelos funcionamentos-limite “*do mais patológico, do mais sofrível a um bem estar possível*”²⁸⁹ propõe um deslocamento a partir do qual, a apreensão da problemática essencial e dos mecanismos de defesa desse funcionamento sobrepõe-se à investigação do quanto há de neurose ou de psicose em cada caso.

Ainda que não se pretenda reproduzir aqui a elaboração completa deste texto, vale observar que pelo viés do funcionamento-limite Chabert levanta algumas questões que se relacionam de perto com o nosso próprio objeto. A autora propõe uma reflexão sobre o

²⁸³ IBID.

²⁸⁴ “*d'un gouffre qui les aspire, les menaçait d'une ouverture si vertigineuse qui pourrait les anéantir.*” Ibid. p. 157

²⁸⁵ “*il ne lâchera rien tant qu'il saura l'analyste prisonnier - tout comme lui - de son moi*” Ibid. p. 155.

²⁸⁶ “*une langue inédite*” Ibid. p. 156

²⁸⁷ “*cesser de l'être pour le devenir*” p. 159.

²⁸⁸ Chabert, C. - “Les fonctionnements limites: quelles limites?” Op. cit. pp. 93-94.

²⁸⁹ Ibid. p. 94

lugar da dor psíquica nos momentos difíceis dos tratamentos, geralmente associados à reação terapêutica negativa.

A dor, "*minha dor*" lembrando Lóri e Luísa, surge provocando um efeito paralisante tanto sobre o analista como sobre o analisando. Esta dor, não é o sofrimento associado a um prazer masoquista, ela não é agregada nem pelo princípio do prazer nem pelo masoquismo.

*"Além do princípio do prazer-desprazer, não é, finalmente, a dor que surge, dor ligada a 'hemorragia interna' determinada por um transbordamento, um a mais de excitação que paralisa as atividades de ligação?"*²⁹⁰

A dor que Chabert tenta cernir nos funcionamentos-limite é provocada pelo excesso pulsional anteriormente investido num objeto e, então, liberado pela análise e mobilizado pela transferência provocando "*uma perda, um vazio, um buraco narcísico intolerável*"²⁹¹

Não pensamos ser casual a referência, bastante clara segundo a nossa leitura, à dor melancólica na discussão desta autora. De fato, nossa hipótese orientadora - de que a melancolia possa constituir-se em um paradigma para aproximação do sofrimento histérico - surge em situações-limite no tratamento de pacientes com uma organização histérica da personalidade. Assim, se dermos a dimensão "*transnosográfica*", proposta por Richard²⁹², aos funcionamentos- limite, é também à eles que nós nos referimos.

Jacques André observa que o desenvolvimento da problemática dos limites seria um efeito, sobre a teoria psicanalítica, do impacto da introdução tardia e inacabada do narcisismo²⁹³. De fato, a introdução do narcisismo provoca uma profunda reformulação na noção do eu em psicanálise abrindo uma nova via pouco explorada por Freud para a compreensão das neuroses, psicoses ou perversões.

²⁹⁰ Ibid. p. 109. "*Au-delà du pricipie de plaisir-déplaisir, n'est-ce pas, en fin de compte, la douleur qui surgit, douleur liée à 'l'hémorragie interne' (Freud, 1985) déterminée par un débordement, un trop d'excitation qui paralyse les activités de liaison?"*

²⁹¹ IBID. "*une perte, un vide, un trou narcissique intolérable*"

²⁹² Richard, F. - "Hystérie et traumatisme" Op. cit. p. 87

²⁹³ André, J. - "L'unique objet" In: André, J. (dir) - *Les états limites*. Paris, PUF, 1999. p. 6

Diríamos, finalmente, que o que buscamos na psicopatologia da melancolia e na referência que ela faz ao narcisismo não são os limites da histeria mas, sobretudo, o que a análise da histeria encontra no limite. Essa construção pretende iluminar não somente os momentos- limite no tratamento da histeria mas, sobretudo, aqueles momentos em que a dor é chorada sem sentir e a histérica padece no corpo ou, nos desencontros provocados, dessa dor desligada.

CAPÍTULO VIII - ROSA: ENTERRAR PARA NASCER.

Rosa me procura com uma grave situação depressiva instalada, em plena crise. A organização histórica se deixava ver por algumas fendas e vai ganhando corpo a medida que relação transferencial se estabelece.

Quando me procurou, era difícil escutá-la. Rosa estava visivelmente deprimida e falava muito baixo. Fragilidade e agressividade apareciam de maneira intercalada e, por vezes, simultânea.

Ela tinha sobrevivido a um grave acidente de carro. Era Rosa quem dirigia e não se lembrava do que acontecera, do que provocara o acidente. Ela não se machucara muito, mas seu namorado esteve gravemente ferido, correu muitos riscos que já tinham sido ultrapassados no momento do nosso primeiro contato. No entanto, a relação amorosa não sobreviveu às seqüelas do acidente.

Rosa diz que veio até mim acatando a exigência do namorado que colocara o tratamento como condição para a continuidade da relação. Alguém havia indicado a Rosa um renomado psicanalista da cidade mas, ela diz ter preferido procurar a mim, seguindo a sugestão de um conhecido que havia estado em análise comigo por indicação daquele mesmo psicanalista. Comigo, Rosa sente-se menos ameaçada, segundo ela, por eu ser mulher e jovem. *De todo modo, diz ela, se ele indica você, deve te achar boa, talvez você seja boa aluna.*

Começamos, portanto, com Rosa me provocando e, ao mesmo tempo, me tolerando pois reassegurava-se ao me desvalorizar. Rosa buscava uma identificação comigo, colocando-me na mesma posição que ela, qual seja, de servir a um mestre.

As mulheres eram explicitamente desvalorizadas aos olhos de Rosa e ela se colocava no meio do caminho sem poder fazer o luto pela bissexualidade perdida. Não podia ser aceita no "time" dos homens nem no das mulheres e, ainda que ela quisesse de fato ser aceita pelos dois, o que demonstrava era um desinteresse pelo jogo garantindo, assim, uma posição de exceção.

"...Mais que ser uma defesa contra os investimentos exteriores sempre suspeitos de poderem desaparecer subitamente e assim abandonar o sujeito na surpresa, o discurso melancólico protege ainda o sujeito contra sua própria destruição confortando-o na posição excepcional que ele não pára de afirmar, aquela mesma que o põe à parte da comunidade na convicção de que já está morto"²⁹⁴

Os indícios exteriores da sua própria feminilidade eram eficientemente apagados, os cabelos curtos, nenhuma maquiagem e nenhum cuidado com as roupas sempre de tipo *unissex*. Sua apresentação parecia mesmo incompatível com o exercício da sua profissão, na qual, aliás, tinha bastante sucesso na medida que as suas dificuldades de relacionamento com os colegas lhe permitia. Ela não era do tipo de mulher que aceitava fazer o *jogo da sedução, passar-se por boazinha*. Mas, mesmo não fazendo uso das armas que ela julgava serem as femininas, Rosa continuava a ser uma mulher e essa era a sua dor. Ela só sabia da dor e não da delícia de ser o que é.

Segundo Rosa, ela seria *uma pedra a ser lapidada*, e quem se dispusesse a fazer essa tarefa teria que suportar a dureza inicial. Desde o início, a fragilidade do seu equilíbrio me dizia que ela temia ser *penetrada* e que, de fato, a menor efração poderia fazê-la desmontar. Ela me provocava algo próximo daquilo que sente um terapeuta com um paciente autista. A impressão era de que eu não podia aparecer, ocupar o espaço que o meu corpo ocupava necessariamente, sem que isso a perturbasse gravemente. Qualquer movimento poderia assustá-la. Ela exigia uma distância exata e, evidentemente, eu às vezes ultrapassava ou recuava demais.

Mais a frente, pudemos construir a hipótese de que os mesmos mecanismos tinham sido utilizados em sua relação primitiva com o objeto materno. Mantinha-o à distância impedindo, conseqüentemente, as trocas afetivas e ressentindo-se disso.

Eu morri depois daquele acidente, ele tinha conseguido descobrir uma parte escondida de mim e sem ele eu não me reconheço, não posso mais viver. Era assim que Rosa me contava sobre o que sentia. Ela não podia nem viver nem morrer pois já estava

²⁹⁴ Lambotte, M-C - "O discurso melancólico: da fenomenologia à metapsicologia". Op. cit. p. 378.

morta sugerindo um estado de falência melancólica, "*condição existencial do sujeito melancólico que, à falta de energia disponível, não dirige mais interesse para as percepções exteriores e soçobra na economia da retirada*"²⁹⁵.

Lambotte fala de um "*discurso do 'estar- já- morto'*"²⁹⁶, o sujeito melancólico opera uma espécie de "*fuga de si*" tentando "*desaparecer para não mais perceber*"²⁹⁷. A perda da relação amorosa parecia ter reeditado um acontecimento traumático que, todavia, já comandava sua vida há muito tempo.

Assim, o negativismo, que tomamos aqui na acepção que lhe dá Lambotte, a defende de sofrer o que ela viveu - a separação do objeto de amor- como um impacto ainda mais desorganizador.

“Oh, metade afastada de mim ”

Rosa relacionava-se com esse homem a quem admirava e invejava. Tinha transformado-se em um *verme rastejante*. O estado melancólico, deflagrado após o acidente e o início do distanciamento de seu namorado, continha uma sintomatologia variada: insônia, ataques de bulimia, vômitos não precedidos de ingestão exagerada de alimentos, desinteresse geral pelo mundo e auto-acusações.

Mas não adiantava a análise, ela não tinha lembranças e eu podia desistir, *não há nada interessante em meu passado*. Enfim, ela só estava lá comigo porque ele mandou. Ela não queria saber do mundo, das pessoas, suportava estar comigo pois ali, tratava-se de *uma relação técnica* pela qual ela me pagava.

Seu discurso e a insistência na verdade da própria morte, se apresentado fora do contexto, remete-nos imediatamente a um quadro delirante. Na verdade, era a sua teatralidade que nos permitia observar a parcialidade dos seus “delírios”. Eles eram mais

²⁹⁵ Lambotte, M-C. - " *O discurso melancólico: da fenomenologia à metapsicologia*". Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997. p. 148.

²⁹⁶ Ibid. p. 373

²⁹⁷ Ibid. p. 372

um jogo ao qual ela se entregava buscando manter o seu frágil equilíbrio. Parecia uma criança insistindo na verdade da sua fantasia. *Naquele acidente ele morreu, esse que eu encontro não é ele. Ele morreu!*. Em outro momento, ela podia dizer: *Eu preciso achar que ele morreu.*

Seu namorado a julgava *leviana* pois ela teria lhe contado sobre todas as suas relações sexuais do passado. *Ele não entende que era por desespero. Ele não entende que eu possa ter transado por transar. Ele não consegue me perdoar.*

Depois de algum tempo em que a análise girava em torno de seu sentimento de culpa, Rosa resolve me contar o que para ela teria sido seu primeiro deslize. Sua lembrança é de jogos sexuais com um primo. Ela teria passado um dia em sua casa pois sua mãe ir dar a luz à sua irmã. O primo era mais velho e ela se lembra de uma culpa muito grande que experimentava pelo prazer vivido durante esses episódios. Rosa imaginava que tinha sido condenada por seu namorado que não a perdoava por esse episódio que ela havia lhe relatado. Rosa, contando ao namorado essa experiência sexual precoce, buscava satisfazer a necessidade de punição tão importante nas organizações neuróticas.

Rosa submetia-se de modo masoquista às críticas do namorado e, quando a relação se desfaz, é no sofrimento despertado pelo seu sintoma que ela satisfaz a necessidade de punição que, segundo Freud, "*obtem satisfação no sofrimento que está vinculado à neurose, e por essa razão aferra-se à condição de estar doente. Parece que esse fato, uma necessidade inconsciente de punição, faz parte de toda doença neurótica.*"²⁹⁸ A análise das resistências revelou, para Freud, uma profunda necessidade de punição classificada pelo autor como desejo masoquista.²⁹⁹

A necessidade de contar suas experiências sexuais para o namorado tinham outras raízes além da necessidade de punição. Quando Rosa pode começar a expressar sua agressividade já sem sentir-se muito ameaçada, expressa a desconfiança de que, talvez, o que seu companheiro não tenha podido perdoar tenha sido a comparação, feita por ela, entre o tamanho do seu pênis e o dos outros homens com quem ela já tinha se encontrado.

²⁹⁸ Ibid. p. 110.

²⁹⁹ Freud, S. (1933 [1934]) - "Novas conferências introdutórias sobre psicanálise: conf. XXXII" In: _____. *ESB*. vol. XXII. pp. 85-112.

A comparação entre os amantes, segundo Israel, revela "*uma mulher que tem contas a acertar com os homens, seja em seu nome ou em nome de uma outra, freqüentemente sua mãe.*"³⁰⁰ e, nós acrescentamos, revela também a outra face da moeda do masoquismo, o sadismo.

As referências ao casal parental e à família de origem só foram aparecer depois de um certo tempo de análise. No início, todo seu investimento estava concentrado nesse luto impossível. Nada mais podia despertar seu interesse e nenhum outro personagem aparecia nos seus relatos. Parecia, na verdade, que Rosa tinha começado a existir a partir dessa relação amorosa, como se ela já tivesse nascido com aquela história pronta, com aquela idade sem nunca ter sido uma criança. O rompimento da relação com o namorado parecia ter rompido um fino fio por onde ela se conduzia até então. Quando iniciou sua análise Rosa era alguém sem história.

Aos poucos fomos descobrindo que Rosa tinha, é claro, sido uma criança. Rosa conseguiu lembrar que tinha sido a menina que, decepcionada pela falta do chocolate que esperava ganhar do pai, prometeu a si mesma: *um dia eu vou poder comprar todos os chocolates que eu quiser sem precisar dele.* Lembrou-se também da menina que sentia muita vergonha diante da gravidez da mãe. *Como ela pôde fazer isso já tendo uma filha de dez anos?*

A análise de Rosa nos remete a metáfora utilizada por Freud em *Construções em análise* para falar do trabalho do psicanalista. Uma construção foi sendo erguida baseada em raríssimos fragmentos.

Já depois de algum tempo de análise, o pai de Rosa passa por uma fase depressiva despertando uma mudança na visão que Rosa tinha de seus pais. Ela diz sempre ter imaginado que sua mãe havia aberto mão de tudo em favor de seu pai. A ela parecia que sua mãe não tinha vida própria e é com grande surpresa que ela se dá conta de que sua mãe havia preservado vários espaços próprios que a permitiam ir ao teatro, ler, ouvir música, enfim, vários dos prazeres aos quais ela própria, Rosa, havia renunciado esvaziando-se cada vez mais. Rosa, espantada, reconhece que sua mãe optou por várias das coisas às quais ela imaginava que a mãe teria sido submetida.

³⁰⁰ "une femme qui avait un compte à régler avec les hommes, soit en son nom, soit au nom d'une autre, de sa mère le plus souvent." Israel, L. -*L'hystérique, le sexe et le médecin*. Op. cit. p. 120

A depressão do pai permitiu que Rosa entrasse em contato com o psiquismo dos pais podendo alargar, desse modo, o contato com seu próprio psiquismo. Até então, sua mãe era representada como alguém que fazia tudo automaticamente, alguém sem alma, *sem espaço próprio*, sem desejo. Reconhecer que havia vida psíquica em sua mãe foi profundamente reconfortante para Rosa que parecia dizer, agora tenho onde me ancorar.

Vemos com Rosa um aspecto para o qual Khan chama a atenção: o diálogo psíquico com o objeto materno era impossível. A percepção, cedo demais, do humor subjetivo da mãe fez com que Rosa, se defendesse de uma intrusão da emotividade da mãe e de uma relação próxima demais. O histérico faz isso, segundo Khan, "*sexualizando de modo regressivo uma relação de objeto parcial*" para recusar essa proximidade assustadora.³⁰¹

Rosa era a pessoa mais bem sucedida da família e ajudava financeiramente a todos. Proporcionava viagens para os pais e sempre mencionava o prazer que tinha em poder fazer isso. De fato, ela sempre desejou superar o pai e ter, para si, a posição que ela imaginava que ele gozasse junto à sua mãe. Entretanto, assim como a paciente de Joan Rivière³⁰², a quem nos referimos anteriormente, a culpa engendrada por essa fantasia a fazia entregar-se sexualmente, *por desespero*.

*"É isto que constitui a sexualidade adulta, no histérico, não tanto o veículo da gratificação e do enriquecimento instintual, mas sim um idioma que permite comunicar a privação, e uma técnica para expressar a esperança de que o objeto saberá curar a dissociação, ao decifrar as necessidades do eu inconscientemente expressas o que se apresenta como uma complacência sexual manifesta e a pesquisa instintual."*³⁰³

Aquilo que nomeamos seu projeto de vingança e a culpa por ele, impediam que Rosa cuidasse de si própria. Ela ignorava alguns cuidados básicos como ir ao dentista, ao ginecologista etc. Tinha *horror aos contatos* e depois de algum tempo de análise revela seu medo de descobrir que tinha um tumor no útero.

³⁰¹ Khan, M. - "O rancor da histérica". Op. cit. p. 58.

³⁰² Joan Rivière (1929) - "La féminité en tant que mascarade" . Op. cit. pp. 197-214.

³⁰³ Khan, M. - "O rancor da histérica." Op. cit. p. 55.

Os progressos que Rosa fazia na análise eram, ao mesmo tempo, comemorados e temidos. Ela se agarrava aos seus sintomas que, segundo Khan, permitiam que ela se mantivesse "*ausente de si*" camuflando essa ausência. As resistências mostravam toda sua força quando um movimento era identificado na análise.

Já na fase final de sua análise, Rosa me conta que estava na estrada fazendo seu trajeto bastante conhecido depois de ter vivido uma situação em que não se sentira compreendida por uma amiga. Começou a sentir uma dor muito forte, sentia-se trêmula a ponto de ter precisado parar e, segundo ela me conta, o *moço da estrada* ofereceu-se até para chamar uma ambulância. Ela foi ao banheiro e embora ela, em parte, saiba que teve uma descarga intestinal, o sentimento que aquela crise provocou foi de outra ordem. Ela sente que abortou algo, algo horrível. Ao mesmo tempo, diz ter ficado depois, muito tempo com a mão na barriga, como as grávidas depois que parem. A sensação é de muito cansaço, mas o alívio é profundo. Ela deixou algo naquele banheiro na beira da estrada, algo horrível e, paradoxalmente, experimentou uma sensação que ela associa a uma mãe que acabou de dar a luz e que cansada, mas satisfeita, acaricia sua barriga. Ela sente que algo se transformou, diz acreditar que aquilo que ela experimentou nas vísceras tem algo a ver com o que ela tem experimentado na análise, pensa ter se libertado de algo, *tive uma catarse*. Ela tinha toda consciência de que não era um aborto real mas algo foi abortado.

Esse episódio, sem dúvida sobredeterminado, pode ser parcialmente compreendido fazendo referência à Abraham. Este autor afirma que certos neuróticos reagem analmente às perdas. Graças a "*linguagem dos órgãos*", o sujeito manifestará analmente seu conflito, através da retenção ou evacuação das fezes, segundo o grau de ambivalência de seus afetos.

*"A notícia da morte de um parente próximo ocasiona em alguns uma violenta sensação intestinal como se o intestino inteiro fosse ser propulsionado para fora ou como se algo se despregasse no interior e quisesse ser evacuado por via anal"*³⁰⁴

³⁰⁴ " *La nouvelle de la mort d'un proche parent occasionne à certains une sensation intestinale violente comme si l'intestin entier allait se propulser au-dehors ou comme si quelque chose se déchirait à l'intérieur qui voudrait s'évacuer par voie anale.*" Abraham, K. -"Esquisse d'une histoire du développement de la libido fondée sur la psychanalyse des troubles mentaux". In: _____. -*Oeuvres complètes /III 1915-1925*. Alençon: Payot, 1989. Science de l'homme Payot. p.176

Abraham reconhece nesse tipo de reação uma forma arcaica de luto que o inconsciente havia retido ou bloqueado. De fato, a descrição de Rosa de sua experiência, nos fazia pensar em um morto encapsulado em seu interior há muito tempo e, finalmente liberado. Esse episódio marca uma passagem para Rosa. Algo havia se desembaraçado a partir daquele episódio, a libido antes envolvida em um luto bloqueado finalmente estava livre para novos investimentos.

Seu esvaziamento era criativo e portador de esperança, daí a sensação simultânea e, aparentemente paradoxal, de um aborto e de um parto.



PARTE IV
O PARADIGMA DA MELANCOLIA

CAPÍTULO IX – CONSTRUINDO UM PARADIGMA: A MELANCOLIA.

Porque não falar simplesmente em depressão quando se trata do contexto histórico?

A pertinência da problemática depressiva em um quadro histórico é evidente e tem sido amplamente elaborada desde Freud, nos *Estudos sobre a histeria*, até os dias atuais. Fizemos, durante o nosso próprio percurso até aqui, inúmeras referências à depressão em quadros históricos. A oscilação entre histeria e depressão, bastante trabalhada por Richard³⁰⁵, é evidente na clínica e amplamente reconhecida pelos psicanalistas.

A especificidade da nossa proposta, entretanto, não é de uma aproximação da depressão, inegavelmente presente na histeria, mas sim de uma aproximação da dor ou do sofrimento nesta organização psicopatológica, e nessa visada não encontramos, por diversas razões, uma pertinência nas figuras da depressão mas sim, na função paradigmática que reivindicamos para a psicopatologia da melancolia.

A falta de especificidade da depressão impede, de nosso ponto de vista, que ela adquira a dimensão paradigmática para a abordagem do sofrimento histórico. "A depressão, no singular, simplesmente não existe"³⁰⁶. No senso comum, dizer-se "deprimido" tem se igualado a dizer-se "triste". Contudo, do ponto de vista da psicanálise, o afeto da tristeza não recobre toda a problemática da depressão. De fato, a depressão conjuga, segundo Soler³⁰⁷, tristeza e inibição.

Berlinck e Fédida³⁰⁸ propõem que a depressão seja um "estado" que, assim como os estados limites, tem uma dimensão transnosográfica. A ampla disseminação dos antidepressivos permite, ainda segundo os mesmos autores, estabelecer uma diferença entre depressão e melancolia. Estes medicamentos podem tratar a depressão, mas não a melancolia. Aos medicamentos é dado o poder de curar um estado e não um conflito, no caso da melancolia, entre o eu e as instâncias ideais do eu.

³⁰⁵ Richard, F. - *Psychothérapie des dépressions narcissiques*. Paris: PUF, 1989. pp. 11-51.

³⁰⁶ Soler, C. - "Un plus de mélancolie" In: *La cause freudienne. Revue de psychanalyse. - Silhouettes du déprimé*. Paris: ACF, 1997 n° 35. p. 88

³⁰⁷ Ibid. p. 92

³⁰⁸ Berlinck, M. & Fédida, P. - "A clínica da depressão: questões atuais." In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: vol. III n.º 2. Jun. 2000. pp. 9-25

A depressão caracteriza-se por uma inibição, perda de interesse ou, por um "a menos", já o movimento que nos interessa na dinâmica melancólica e que buscamos aproximar do sofrimento histórico, sugere um excesso. Excesso devastador, é verdade.

O retorno para o eu dos investimentos anteriormente dirigidos ao objeto repentinamente desaparecido e, assim, tornado indisponível para as trocas libidinais, é o que provoca o efeito de um furo no psiquismo para o melancólico. A união pulsional recém iniciada é interrompida para o futuro sujeito melancólico com o "*desvanecimento do desejo do Outro*"³⁰⁹ e a libido desligada, inassimilável seja pelo princípio do prazer seja pelo masoquismo, fará efração nas fronteiras do psiquismo desfazendo associações e produzindo dor.

A problemática narcísica da, assim chamada "histeria oral", sem que se pretenda fazer coincidir a mãe do histérico com a do melancólico, pode reeditar algo da ordem da vivência primitiva do sujeito melancólico que, tendo sido abandonado brutalmente pelo desejo do Outro, só pôde refugiar-se num negativismo defensivo evitando qualquer possibilidade de investimento objetal, identificando-se a um ideal do eu inacessível e padecendo do excesso pulsional que produz no eu um efeito "*turbilhonar*"³¹⁰ e "*hemorrágico*". Na histeria, a ambivalência em jogo na identificação à mãe pode resolver-se numa identificação negativa caracterizada por um ódio de si mesma, lembrando o mecanismo melancólico. O "*ódio oral*" exprime tanto a decepção pela falta de um identidade feminina como as rivalidades ligadas ao Édipo.³¹¹

Fazendo referência ao jogo do carretel descrito por Freud em *Além do princípio do prazer*³¹², na origem da melancolia observa-se o movimento de "*atirar ao longe*" o carretel sem, contudo, trazê-lo de volta. Representando mais o jogo da morte ou, da "*colocação à sombra*" do que o jogo da ausência/presença do objeto.³¹³ O melancólico vai fixar-se a essa imagem que ele atirou ao longe e, não podendo fazer a segunda seqüência do

³⁰⁹ Lambotte, L. - "O discurso melancólico: da fenomenologia à metapsicologia." Op. cit. 125 e seq.

³¹⁰ Ibid. pp. 137-152

³¹¹ Richard, F. - "Hystérie et traumatisme". Op. cit. p.118.

³¹² Freud, S. (1920) - "Além do princípio do prazer" Op. cit. 25-28

³¹³ Fédida, P. - "L'objet". In: _____. - *L'absence*. Op. cit. p. 160

jogo, não poderá recuperar uma imagem de si. O objeto, colocado à sombra, ocupa então, essa "moldura vazia"³¹⁴ de imagem oferecendo-se como o ideal do eu inacessível.

Segundo Fédida, "a mãe torna-se espelho pela sua ausência"³¹⁵, assim, nas falhas das primeiras trocas libidinais, do jogo de presença e ausência é que podemos identificar as falhas na constituição da imagem narcísica do sujeito que podem acabar por produzir a organização melancólica. A histérica, como vimos, também tem mal firmada sua identificação narcísica. Ela não pôde "estar só" na presença do objeto para, depois, suportar sua ausência podendo estar só, ou, conquistando uma "existência continuada"³¹⁶

Para esclarecer ainda melhor a pertinência da referência à melancolia na abordagem do sofrimento histórico partiremos para uma abordagem mais aprofundada de sua problemática.

Para encontrarmos a elaboração teórica de Freud sobre a melancolia antes do texto fundamental de 1917, *Luto e melancolia*, recorreremos inicialmente a uma fonte sempre bastante rica: a correspondência Freud / Fliess.

A melancolia a partir da angústia.

Na pesquisa sobre as raízes da angústia³¹⁷ Freud parte de vários casos clínicos que têm como ponto comum a abstinência sexual e, constatando que a angústia está presente mesmo naqueles casos de mulheres frígidas que são submetidas ao coito interrompido, propõe que a angústia está ligada ao acúmulo de tensão sexual física que não pôde ser descarregada. A angústia não estaria no conteúdo da excitação acumulada mas seria fruto de uma transformação desse acúmulo de tensão, seja por um desenvolvimento insuficiente da sexualidade psíquica, por uma tentativa defensiva de suprimi-la ou, ainda, por uma cisão entre a sexualidade psíquica e física.

³¹⁴ Lambotte, L. - "O discurso melancólico: da fenomenologia à metapsicologia" Op. cit. p. 175

³¹⁵ Fédida, P. - "L'objet". Op. cit. p.148

³¹⁶ Winnicott, D. W. (1958) - "A capacidade para estar só". Op. cit. pp. 31-37.

³¹⁷ Freud, S. (1984?) - "Rascunho E: Como se origina a angústia" In: Masson, J. M. (Ed) - *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhem Fliess (1887-1904)*. Rio de Janeiro: Imago, 1986. pp. 78-83

A tensão física atinge um determinado limiar a partir do qual, ela deve apresentar-se psiquicamente para, então, poder relacionar-se com outros grupos de idéias e produzir soluções específicas para sua descarga e resolução. Entretanto, esse caminho ideal é bloqueado na neurose de angústia e a apresentação psíquica não se dá, resultando na permanência da tensão no campo físico, sem possibilidade de descarga. A perturbação do fluxo ideal de energia no aparelho psíquico pode se dar de várias formas e é na particularidade dos diversos tipos de perturbações possíveis que Freud vai situar as diferentes patologias.

O que transforma a tensão física em angústia é a insuficiência de uma conexão psíquica, o afeto sexual não podendo ser formado. É essa tensão psiquicamente desligada que é transformada em angústia. Freud acrescenta que *“se aceitarmos a teoria até este ponto, teremos que insistir em que na neurose de angústia, deve haver um déficit assinalável no afeto sexual, na libido psíquica.”*³¹⁸

Ao tentar compreender porque a tensão sexual acumulada transforma-se justamente em angústia, Freud aponta para a relação entre neurose de angústia e histeria que, segundo ele, podem combinar-se com frequência.

O protótipo da situação de angústia é a sensação de acumulação do estímulo de respirar, estímulo endógeno assim como a tensão sexual. Freud conclui que, portanto, a angústia seria a transformação de qualquer tensão física acumulada e não somente da tensão sexual. Observando-se os sintomas da neurose de angústia ou do ataque de angústia: dispnéia, palpitações etc; veremos sua relação com as sensações vividas durante a excitação sexual e até mesmo no ato sexual propriamente dito. Nas situações ligadas ao ato sexual, esses sintomas são vias auxiliares de descarga da excitação, enquanto na neurose de angústia eles seriam as únicas vias de descarga da excitação sexual somática acumulada. Seria, então, uma espécie de conversão que estaria em jogo também na neurose de angústia, assim como na histeria. Entretanto, na histeria é a excitação psíquica que não pode ser descarregada, por causa do conflito, e que é desviada para o campo somático. Na neurose de angústia, é a excitação sexual somática que não consegue penetrar no campo psíquico permanecendo no campo do somático e sendo transformada em angústia.

³¹⁸ Ibid. p.81.

Já a melancolia é referida, no mesmo *Rascunho E*, como a contrapartida da neurose se angústia.. O excedente de excitação encontra-se, nos melancólicos, na sua forma psíquica provocando o conhecido "*furo no psiquismo*" por esse excesso que, não podendo dirigir-se para o mundo externo entra em um movimento turbilhonar³¹⁹.

Podemos continuar acompanhando as reflexões freudiana sobre a angústia em outro texto da mesma época³²⁰. Os dois textos nos dão a oportunidade de abordarmos as categorias psicopatológicas que nos interessam: melancolia e histeria, a partir da problemática da angústia. Nesse segundo texto, Freud tenta justificar a autonomia da neurose de angústia como entidade clínica em relação à neurastenia. O mesmo trabalho já havia sido feito para distinguir a neurastenia da histeria e, logo no início do texto, Freud menciona a importância de separar do diagnóstico de neurastenia uma série de quadros que vinham sendo cobertos por essa classificação mas que, segundo Freud, apresentavam uma unidade semiológica e de mecanismos essencialmente diferentes daqueles da neurastenia típica, justificando sua autonomia. Esse trabalho de separar o joio do trigo faria com que muitos doentes diagnosticados como neurastênicos, sobretudo aqueles que apresentavam uma forma periódica da doença, recebessem, finalmente, um diagnóstico de melancolia.

Basicamente, o mesmo esquema do *Rascunho E* é apresentado no artigo de 1895: a excitação sexual somática manifesta-se sob a forma de uma pressão exercida sobre as terminações nervosas das paredes da vesícula seminal e quando a excitação ultrapassa um certo nível ela pode vencer a barreira entre o somático e psíquico pela via de condução intermediária até o córtex cerebral e apresentar-se como estímulo psíquico.³²¹

Então, o grupo de representações sexuais, presentes no domínio psíquico, estará carregado de energia produzindo um estado psíquico de tensão libidinal acompanhado da tendência à descarregar essa tensão. Essa descarga só pode acontecer pela via de uma ação específica ou adequada. Essa ação adequada consiste, quanto à pulsão sexual masculina, num complicado ato reflexo raquidiano que promove a descarga das terminações nervosas, e em todas as preparações psíquicas que devem ser feitas para acionar esse reflexo.

³¹⁹ Lambotte, M-C. - *O discurso melancólico: da fenomenologia à metapsicologia*. Op. cit. p. 138.

³²⁰ Freud, S. (1895 [1894]) - "Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia'" In: _____. *ESB*. vol. III. pp. 89-118

³²¹ *Ibid.* p. 109.

Segundo Freud, qualquer outra coisa que não seja a ação específica traz problemas. É somente com a liberação da carga sobre as terminações nervosas, eliminando toda a tensão somática existente, que a via de condução subcortical pode retomar sua resistência.

A essa explicação, Freud acrescenta que o mesmo esquema deve ser aplicado às mulheres: a excitação sexual somática é transformada em estímulo psíquico, libido, provocando a ação específica que permitiria o gozo e a conseqüente descarga da excitação. Entretanto, para as mulheres não poderíamos indicar o que seria análogo ao relaxamento da tensão das vesículas seminais.³²²

Assim, a neurose de angústia surge quando a elaboração psíquica da excitação sexual somática é impedida. A excitação sexual somática, desviada da psique é subcorticalmente despendida de maneira inadequada. Já a neurastenia, estaria ligada a uma insuficiência ou inadequação da ação específica, ou, relações sexuais insuficientes. A excitação, na neurastenia, chega a apresentar-se psiquicamente, sua dificuldade está, pois, numa etapa posterior do esquema sexual em relação à neurose de angústia.

O texto prossegue com a discussão de um aspecto que sempre se faz presente quando se aprofunda o estudo de alguns quadros clínicos que, em geral, não se apresentam de maneira estereotipada: as neuroses mistas. Freud afirma que a combinação da neurose de angústia com sintomatologias de outras neuroses não deve nos fazer deixar de considerar a neurose de angústia como uma unidade autônoma.³²³

O que observamos na clínica não são estruturas psicopatológicas puras e sempre que nos sustentarmos em um diagnóstico estrito estaremos, na verdade, impedidos de escutar o paciente na sua singularidade, retrocedendo no tempo e retomando um modelo em que o discurso do paciente pouco acrescenta ao diagnóstico e ao tratamento. Afinal, a necessidade de escutar o que o paciente tem a dizer talvez seja uma das grandes contribuições da psicanálise para fora de seus domínios. Nos damos conta, então, de que para compreender a natureza humana, fazemos às vezes classificações úteis, ainda que, artificiais. Elas serão mais úteis, quanto mais pudermos colocá-las de lado.

³²² Ibid. p. 110

³²³ Ibid. pp. 113-115.

A associação entre diferentes tipos de neurose pode ser puramente acidental ou não. Entre as situações onde a combinação de duas formas de neurose não é acidental, o autor faz uma divisão: existiriam aquelas formas em que um fator etiológico de uma patologia coloca em ação um outro responsável por outro quadro clínico, ou ainda, duas neuroses distintas poderiam surgir ligadas a um mesmo fator etiológico.

Freud faz a ilustração dessas combinações através da neurose de angústia e histeria. A neurose de angústia seria o equivalente somático da histeria e a sintomatologia da angústia (palpitação, suores etc.) tem uma semelhança com algumas crises histéricas. Nos dois casos, sofre-se de um acúmulo de excitação e de uma insuficiência psíquica com o aparecimento de "*processos somáticos anormais*". A diferença é que a excitação que provoca essa sintomatologia semelhante é de origem somática na neurose de angústia e de origem psíquica, gerada pelo conflito inconsciente, na histeria.

Descartamos logo a hipótese de que a sintomatologia melancólica ou os "estados melancólicos" apareçam por acaso em um quadro histérico. O conhecimento já existente nos permite descartar também, a hipótese de que elas, histeria e melancolia, pudessem partilhar a mesma etiologia, a gênese desses quadros já é suficientemente conhecida para que tivéssemos dúvidas a esse respeito. Portanto, resta-nos a última forma de combinação de neuroses proposta por Freud, ou seja, aquelas situações em que a etiologia e mecanismos de uma patologia pode colocar a uma outra em ação.

Transpondo essa discussão para a questão que nos orienta neste trabalho, perguntamo-nos quais aspectos da histeria colocam em ação mecanismos que se assemelham àqueles em jogo na melancolia.

Voltemos ao texto freudiano, lá o autor diz que a alienação entre o somático e o psíquico é mais comum e mais difícil de transpor nas mulheres e, nós acrescentamos, nas mulheres histéricas. A essa observação somam-se algumas considerações tecidas no *Rascunho G*³²⁴ a propósito da anestesia "*ausência de sensações voluptuosas*". A anestesia também é, segundo Freud, mais comum em mulheres figurando como um dos fatores

³²⁴ Freud, S. - "Rascunho G" In: Masson, J. M. (Ed) - *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhem Fliess (1887-1904)*. Op. cit. pp. 98-106

indicadores de predisposição à melancolia. Segundo Freud, as mulheres não seriam educadas para a promoção de ações específicas que resolvam a sua excitação sexual somática mas para fazer despertar, nos homens, as suas próprias ações específicas.³²⁵

Portanto, é na passividade associada ao feminino que Freud encontra a maior propensão à anestesia nas mulheres. A educação das mulheres teria o intuito de abafar a excitação sexual somática transformando-a em estímulos psíquicos. Ou seja, exige-se das mulheres que renunciem ao arco da reação específica mantendo a tensão sexual reduzida ao vedar seu acesso ao grupo sexual psíquico. Temos aí o mecanismo gerador da melancolia: o grupo sexual psíquico em um estado intenso de desejo sem que o “*órgão efeto*” tenha força suficiente para empreender qualquer ação gerando excesso de excitação psíquica, ou seja, a impossibilidade de eleição de um objeto exterior. Freud conclui essa parte do manuscrito observando que os “*indivíduos potentes*” teriam uma maior predisposição à neurose de angústia e os “*impotentes*” à melancolia.³²⁶

A histeria impede que o sujeito aproprie-se de seu desejo e de sua sexualidade lançando-o em um estado de permanente insatisfação. É bem verdade que a histérica obtém satisfação a através de seu sintoma, mas o que se passa quando a análise ou outra situação da vida modifica o equilíbrio conquistado pelo sintoma?

A melancolia por ela mesma

Vejamos então, um pouco mais de perto, as contribuições do *Rascunho G*, texto de 1895 em que Freud dedica-se a compreender o mecanismo da melancolia. O autor parte da constatação acessível, de que o afeto em jogo na melancolia é o luto e considera que o que foi perdido refere-se à vida pulsional. Fazendo um paralelo com a anorexia, a perda do apetite seria correspondente da perda da libido para o melancólico. A anorexia seria uma melancolia em que a sexualidade não se desenvolveu³²⁷.

³²⁵ Ibid. pp. 101-102.

³²⁶ Ibid. p. 102.

³²⁷ Ibid. p. 99.

Freud passa a examinar sob que condições o grupo psíquico sexual sofreria uma perda quantidade de excitação. Nos casos em que ocorre simplesmente uma diminuição ou ausência da excitação sexual somática encontraremos a melancolia comum. A melancolia periódica aparece quando alternarem-se períodos de aumento e de diminuição da produção da excitação. Já na melancolia neurastênica, a masturbação excessiva faria uma descarga exagerada no órgão efeter reduzindo a produção da excitação somática e enfraquecendo o grupo sexual psíquico.³²⁸

Uma outra situação que poderia, sempre seguindo o mesmo manuscrito G, promover a melancolia é aquela em que a excitação somática não está diminuída, mas é desviada do grupo sexual psíquico permanecendo na fronteira entre o somático e o psíquico. Como pudemos ver na discussão sobre o *Rascunho E*, é esse o mecanismo que gera a angústia: acúmulo de excitação sexual somática sem elaboração psíquica. Essa situação provocaria uma forma mista de neurose de angústia e melancolia, a melancolia ansiosa.

Freud admite a possibilidade de encontrarmos um sujeito que sofra de anestesia sexual, “ausência de sensações voluptuosas”, sem ser melancólico. Contudo, a correlação entre anestesia e melancolia, ou seja, entre ausência de “sensações voluptuosas” e diminuição da excitação somática, permanece suficientemente estreita para que ele tente distinguir quais seriam os tipos diferentes de anestesia sexual.

O primeiro tipo de anestesia seria o de frigidez, em que o órgão efeter não estaria suficientemente provido de carga o que provocaria um coito insatisfatório com uma “sensação voluptuosa” muito diminuída. Nesse primeiro caso, o de frigidez, a anestesia não seria a causa da melancolia, mas poderia indicar uma predisposição a desenvolvê-la. A segunda variante da anestesia sexual é aquela em que “A via da que vai da sensação à ação reflexa está danificada, de modo que a ação não é suficientemente intensa”³²⁹, nesse caso a descarga de sensações voluptuosas também é insatisfatória. Nessa segunda situação, Freud inclui a anestesia masturbatória ou anestesia do coito interrompido.

³²⁸ IBID.

³²⁹ Ibid. p. 101.

Finalmente, a terceira situação de anestesia evocada por Freud é aquela que mais nos interessa: tudo funciona perfeitamente, os caminhos estão livres mas a sensação voluptuosa, ou o prazer sexual, não é admitido pelo grupo sexual psíquico pois desperta um sentimento de repulsa e uma defesa que impede sua admissão nesse conjunto de representações. Essa é a anestesia histérica que funciona nos mesmos moldes da anestesia anoréxica, perda do apetite. Segundo Freud, nos dois últimos casos, anestesia masturbatória ou anestesia histérica, a anestesia é a causa da melancolia uma vez que o grupo sexual psíquico é intensificado pela introdução de sensações voluptuosas e, em seguida, enfraquecido pelo seu desvio.³³⁰

Portanto, o grupo sexual psíquico enfraquecido pela diminuição ou ausência de excitação sexual somática é o que está na origem da melancolia, tal como ela é tratada por Freud no manuscrito G. Entretanto, o mesmo grupo sexual psíquico pode também ser enfraquecido pela diminuição de “*sensações voluptuosas*”, por exemplo por uma defesa histérica e, nesse caso, também predisporia o sujeito à melancolia. Em 16 de janeiro de 1899, Freud, numa carta a Fliess, diz estar mesmo convencido de que exista algo que se pode chamar de “*melancolia histérica*” descoberta através de uma de suas pacientes “*totalmente anestésica - como seria esperável*”.³³¹

Voltemos ao *Rascunho G*, já na sua conclusão Freud descreve os efeitos da melancolia como “*inibição psíquica, com empobrecimento pulsional e dor a respeito dele*”³³². É também na conclusão do texto que Freud evoca a conhecida imagem da hemorragia interna. O grupo sexual psíquico defronta-se com uma grande perda de sua excitação e o sujeito sofre um retraimento para a esfera psíquica produzindo um efeito de aspiração que absorve qualquer novo aporte de energia, desfazendo associações e gerando dor. “*Como na inibição, esse retraimento age como uma ferida, de maneira análoga à dor (ver teoria da dor física)*”³³³ Essa é a *hemorragia interna* que afetaria outras pulsões e funções e a relação do sujeito com o mundo exterior já que, é o grupo sexual psíquico com

³³⁰ IBID.

³³¹ Freud, S. (1899) - carta à Fliess. In: In: Masson, J. M. (Ed) - *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhem Fliess (1887-1904)*. Op. cit. p. 342.

³³² Freud, S. - “Rascunho G” In: Masson, J. M. (Ed) - *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhem Fliess (1887-1904)*. Op. cit. p. 102.

³³³ Ibid. p. 104.

o combustível da excitação somática que deveria promover a ligação com a realidade externa.

Resumindo o que pudemos apreender das idéias de Freud a propósito da melancolia até aqui: o melancólico sofreria de um excesso de tensão erótica na sua forma psíquica sem o respectivo suporte no domínio somático. Um enfraquecimento da excitação sexual somática que não atinge a força necessária para, uma vez transformada pelo grupo sexual psíquico, gerar a “*ação específica*”, sendo assim descarregada proporcionando as sensações de prazer, ou, “*sensações voluptuosas*”, diminuindo a tensão no aparelho e restabelecendo, finalmente, um estado de equilíbrio. Acontece, então, uma abertura, uma ferida, no domínio psíquico que vai aspirar toda a quantidade de excitação presente. Há, na melancolia, a impossibilidade da excitação sexual psíquica fixar-se em um objeto exterior.

Freud menciona a relação entre essa retração do grupo psíquico e a teoria da dor física, ou seja, o buraco no psiquismo vai sugar toda a energia que circula pelas suas bordas provocando algo muito semelhante com o que acontece no fluxo energético quando se tem uma doença física que exige um alto investimento provocando um retraimento narcísico e impedindo o sujeito de investir qualquer outra coisa que a própria doença.

Avancemos um pouco no tempo. Em *Além do princípio do prazer*, texto de 1920, pensando sobre as neuroses traumáticas e utilizando-se do modelo da vesícula viva, Freud diz que o que dá a característica traumática a um determinado evento é que ele seja suficientemente forte para atravessar o escudo protetor do aparelho psíquico - uma parte “*grossa e sem vida*” que teria sido sacrificada para garantir e proteger a vida psíquica no interior do aparelho - sem que tenha havido preparação para tal irrupção. Nesse momento, o princípio do prazer é posto de lado uma vez que não há como evitar que o aparelho psíquico seja inundado por uma grande soma de excitação. O aparelho vai então tentar vincular essa soma excitatória num sentido psíquico afim de poder, só depois, dela desvincular-se.³³⁴

³³⁴ FREUD, S. (1920) - "Além do princípio do prazer". In: _____. *ESB*. vol. XVIII. p. 40.

Ora, o ponto que nos interessa nessa reflexão sobre o mecanismo do trauma é que Freud nota que caso haja um dano físico concomitante ao trauma, a neurose, em geral, não se desenvolverá. O dano físico vai exigir uma hipercatexia narcisista utilizando ou, ligando psiquicamente, todo o excesso de excitação resultante do trauma. Freud acrescenta que distúrbios graves da libido, como a melancolia, apresentam uma melhora significativa quando do surgimento de uma doença física.

O que poderia provocar uma “hemorragia interna” uma “retração para dentro” em uma estrutura histérica? De que natureza seria essa ferida aberta, consumidora voraz de energia, e que transformaria a aparência de um quadro histérico em uma depressão melancólica?

Essa ferida que vemos se abrir em quadros inicialmente histéricos não estaria relacionada a uma mudança na forma de lidar com a castração?

Acataremos a interpretação elaborada por Marie-Claude Lambotte a respeito da natureza do grupo sexual psíquico ao qual Freud se refere no *Rascunho G*. É a “ação específica” evocada por Freud que nos ajuda a pensar como funcionaria o grupo sexual psíquico.

O que é essa “ação específica”? A possibilidade da excitação sexual somática, transformada em afeto pelo grupo sexual psíquico ligar-se à representações que permitam um direcionamento para um objeto exterior e a conseqüente resolução da tensão.

O melancólico, nas palavras poéticas da Sra B, paciente de Lambotte, possui “as palavras mas não a música”. Esta autora sugere que tomemos a inaptidão do grupo sexual psíquico de transformar as representações em afetos como a impossibilidade das representações de coisa ligarem-se às representações de palavra.

*“Trata-se, portanto, de uma espécie de dissociação no próprio processo de pensamento, como se o pensamento se nutrisse de uma série lógica de palavras sem que estas façam referência às coisas, tanto as sensíveis quanto às abstratas.”*³³⁵

³³⁵ Lambotte, M-C. - *O discurso melancólico: da fenomenologia à metapsicologia*. Op. cit. p.82

É, portanto, o traço mnésico sonoro da palavra que não teria permitido às representações mentais inconscientes inscreverem-se no processo de pensamento de acordo com os processos pré-conscientes que poderiam proporcionar a essas representações uma expressão no campo da consciência.

Esse discurso, que buscamos compreender, com Lambotte, não se confunde com um discurso psicótico no qual as representações inconscientes invadem a linguagem sem nenhum compromisso com os processos secundários. É aí que está a originalidade da organização melancólica. Trata-se de uma dissociação entre o inconsciente e pré-consciente. A natureza das representações indesejáveis inconscientes faz com que elas não possam ser submetidas aos compromissos neuróticos.

É o que podemos observar no discurso absolutamente lógico que enuncia grandes verdades “*pseudo-filosóficas*” em relação às quais o sujeito apresenta-se resignado, um discurso no qual a sonoridade das palavras predomina sobre a sua significação produzindo, finalmente, um discurso de proposições absolutamente impessoais. Todas essas características cumprem uma função de economizar ao substituir os atos pelos pensamentos totalmente desafetados, a ausência de sentido traduz a ausência de afeto. O melancólico garante assim uma economia motora e dos afetos.

O jogo ao qual Rosa entregava-se prazerosamente, matando e morrendo no seu discurso como se isso não lhe provocasse nada e sem alterar o tom monótono de sua voz, cumpria a função econômica a que se refere Lambotte. Ao mesmo tempo, pensamos, garantia a paciente uma posição de exceção, como se ela falasse uma língua que a analista não pudesse compreender e se deleitasse com a estranheza que imaginava causar.

É pela ligação com a representação de objeto que a palavra adquire sua significação, é o que nos diz Freud no seu artigo sobre as afasias de 1891³³⁶, e é somente fazendo apelo a própria experiência afetiva do sujeito que essa associação passa a ser dotada de sentido.

³³⁶ Freud, S. (1891) - "Apêndice C - Palavras e coisas" In: _____. *ESB*. vol. XIV. pp. 217- 222.

Clara dizia: “*Nada faz sentido para mim, e se nada faz sentido, então, sou eu que não faço sentido*”. A fala de Clara nos mostra como a “*ausência de sentido*” de que se queixa o melancólico deve-se, na verdade, a uma “*desmontagem*” essencial, para usar a expressão de Lambotte, que data dos primórdios das vivências de intersubjetividade do sujeito e que revela, assim, dificuldades no processo de subjetivização.

Para compreender e localizar essa falha melancólica precisaremos discutir elaborações de um período posterior às cartas à Fliess ou aos Estudos sobre histeria e é o que faremos a seguir tomando como ponto de partida o texto de 1917, *Luto e melancolia*.

Na análise que realiza do discurso melancólico, Lambotte refere-se a possibilidade desse tipo de discurso provocar a impressão de uma fala histérica em função da teatralidade que nele encontramos freqüentemente. Esse aspecto da teatralidade também aparece nas situações clínicas que despertam nossa hipótese de trabalho mas é justamente a impressão de que a psicopatologia da histeria, por si só, não é suficiente para alcançar tudo o que esse discurso pode revelar que buscaremos no paradigma da melancolia e nos seus mecanismos índices de ajuda.

Luto e melancolia

Logo no início do texto de 1917³³⁷, Freud chama atenção para as várias descrições da melancolia na psiquiatria, fazendo notar que ela pode assumir diferentes formas clínicas.

De fato, ao associarmos a dor psíquica ao mecanismo da melancolia vislumbramos momentos de melancolização nas mais diferentes organizações psicopatológicas. Embora, aqui nos interesse a função paradigmática da melancolia para o sofrimento histérico, não podemos deixar de mencionar a possibilidade de que essa função paradigmática possa estender-se à dor psíquica de modo mais geral.

³³⁷ Freud, S. - "Luto e melancolia". In: _____. *ESB*. vol. XIV. pp. 245-270.

Os traços distintivos da melancolia são, segundo Freud:

*"um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição."*³³⁸

A melancolia tem, então, as mesmas características do luto excetuando-se pelo fato a diminuição da auto-estima e o empobrecimento do eu. Outra diferença mencionada por Freud é de que na melancolia o objeto perdido nem sempre é consciente, na verdade, segundo Freud, o melancólico ressent-se de uma perda relativa ao eu e não ao objeto. *"No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego."*³³⁹

Fazendo uma alusão ao que, posteriormente, seria designado como ideal do eu ou supereu, Freud entende que, na melancolia, parte do eu destacada do resto passa a julgá-lo criticamente tomando-o como seu objeto.⁵ Segundo Freud, ao escutarmos um paciente melancólico observaremos que essa críticas aparentemente dirigidas ao eu dirigem-se de fato a um objeto que o *"paciente ama, amou ou deveria amar"*³⁴⁰. Assim as recriminações originalmente dirigidas ao objeto deslocam-se para o eu e *"a sombra do objeto caiu sobre o eu"*³⁴¹.

Para que esse deslocamento seja operado é preciso que haja uma decepção com a pessoa amada que, liquidando a relação objetal, deixa livre uma quantidade de libido que retorna ao eu identificado com o objeto. Esse movimento indica, segundo Freud, uma predominância do tipo narcisista de escolha objetal, em que o eu quer, na verdade, incorporar oralmente o objeto.

Freud acrescenta ainda que também nas neuroses de transferência, sobretudo na histeria, as identificações com o objeto são freqüentes e constituem um conhecido mecanismo de formação de sintomas diferenciando-se, contudo, da melancolia, por uma

³³⁸ Ibid. p. 250.

³³⁹ Ibid. p. 251.

³⁴⁰ Ibid. p. 254.

³⁴¹ IBID.

manutenção ainda que isolada do investimento objetal³⁴². Diferentemente, na melancolia o investimento objetal é abandonado, o objeto é abandonado, mas o amor por ele não o é, refugiando-se na identificação narcisista.³⁴³

A ambivalência em relação ao objeto é outra característica da melancolia. Trata-se, ou de uma ambivalência já presente desde quando a relação objetal acontecia ou, da ambivalência despertada no momento da ruptura, em geral temperada por sentimentos de desconsideração, desprezo ou desapontamento; geradores de sentimentos contraditórios de amor e ódio.³⁴⁴

Dessa forma, o eu satisfaz o seu sadismo contemplando seu próprio sofrimento, ou melhor, contemplando o sofrimento da parte do eu identificada com o objeto perdido. Para Freud, o investimento erótico do melancólico, anteriormente dirigido para objeto perdido, sofre uma dupla vicissitude: parte dele retrocede à identificação e a outra parte, envolvida pelo conflito relacionado à ambivalência, regride à etapa do sadismo próprio da fase oral canibalística ligada ao conflito em jogo.³⁴⁵

Como vimos, a fase oral trouxe, assim como a introdução do narcisismo, importantes contribuições para a compreensão da histeria. Justifica-se, portanto, um aprofundamento dessa problemática oral tão marcadamente presente na histeria e na melancolia. A seguir, nos dedicaremos a isso com Karl Abraham.

Abraham : a fase oral e a melancolia

A contribuição sobre o papel que desempenha a fase oral-canibalística na melancolia veio de Abraham e podemos encontrar seu desenvolvimento em um texto de 1916, *Exame da etapa pré genital mais precoce no desenvolvimento da libido*³⁴⁶. Neste texto, Abraham retoma o célebre texto de Freud *Os três ensaios sobre a sexualidade*

³⁴² Ibid. p. 256.

³⁴³ Ibid. pp. 256-257.

³⁴⁴ IBID.

³⁴⁵ IBID

³⁴⁶ Abraham, K. (1916) - "Examen de l'étape prégenitale la plus précoce du développement de la libido" . In: _____. Oeuvres complètes/II. Op. cit. pp. 11-34.

recuperando as características do estágio oral da libido para em seguida estabelecer uma relação estreita entre os estados depressivos ou melancólicos e a fase mais precoce da organização da libido: oral-canibalística.

A fase oral, tal como Freud a descreve, é a fase mais precoce da organização libidinal infantil e está apoiada na função de alimentação, necessária à conservação da vida. Nessa fase, que tem como zona erógena a mucosa oral, o mesmo objeto satisfaz, ao mesmo tempo, as necessidades de nutrição e da zona erógena. O objetivo sexual característico desse momento do desenvolvimento libidinal é a incorporação oral do objeto. É assim que se explica, por exemplo, o prazer da sucção do dedo como um resquício dessa fase: o prazer sexual desligou-se da necessidade de alimentação bem como de um objeto exterior em favor de uma parte do próprio corpo do sujeito.

A zona oral continua, ao longo da vida, desempenhando um papel importante para a obtenção de prazer mesmo na vida dos sujeitos normais o que nos mostra que o primado absoluto da genitalidade não se instala, senão idealmente.

Abraham sugere que para distinguirmos as fixações inofensivas ao estágio oral da sexualidade e as situações verdadeiramente patológicas devemos observar a maneira como o sujeito suporta a ausência da fonte de prazer. Se essa fixação tiver um caráter patológico, a ausência da fonte de prazer vai disparar a formação de sintomas neuróticos.

Abraham procura oferecer uma visão da depressão que se distancia de uma “*concepção psicológica simplista*” que, segundo o autor, se restringe àquilo que é enunciado pelo deprimido. A psicanálise deveria seguir o conteúdo latente da depressão, podendo encontrar mais do que as razões manifestas apresentadas pelos doentes como, por exemplo, a preocupação universal com o envelhecimento.

O deprimido, segundo este autor, está em luto pela capacidade perdida de viver sofrendo uma regressão libidinal e uma conseqüente desvalorização do erotismo genital regredindo ao estágio mais primitivo da libido, o oral canibalístico. É contra os desejos de incorporação canibalística do objeto de amor que o melancólico defende-se de tomar consciência.

Em 1924³⁴⁷, Abraham vai identificar dois movimentos distintos no interior da fase anal do desenvolvimento da libido, na fase anal precoce predomina a hostilidade em relação ao objeto e o desejo de expulsá-lo enquanto na fase posterior, o desejo é de reter o objeto conservando-o ou, mais exatamente, dominando-o. É entre essas duas etapas da fase anal que o sujeito entra no mundo objetal. Uma vez que a tendência a conservar o objeto tenha a primazia o amor objetal propriamente dito é inaugurado.³⁴⁸

Na melancolia, segundo Abraham, a perda objetal vai provocar uma regressão da libido para organizações ainda mais primitivas. Na organização oral da libido, Abraham então propõe uma divisão assim como havia postulado em relação a fase anal. A primeira etapa não comportaria sentimentos de ambivalência, a libido está ligada ao ato de sucção e o sujeito não tem idéia do objeto, o seio não parece pertencer a um objeto total. A segunda etapa é a sádico-oral, o desejo é de incorporação e destruição do objeto e a ambivalência passa, a partir de então, a fazer parte das relações objetais.³⁴⁹

A ambivalência em relação ao objeto, como Freud já havia mostrado em 1917, é o fator fundamental para que sua perda leve à retirada da libido do mundo exterior que observamos nos melancólicos. Abraham identifica, porém, uma diferença importante entre o retraimento da libido na melancolia e na esquizofrenia. O melancólico, diferentemente do esquizofrênico, queixa-se dessa perda de interesse pelo mundo exterior.

Essa diferença apontada pelo autor traz um aspecto fundamental para pensarmos a possibilidade da realização de um tratamento analítico com um paciente melancólico. Abraham defende a possibilidade da transferência instalar-se em pacientes melancólicos, sobretudo, nos “*intervalos livres*” da doença, fora dos momentos de maior crise. Ao tratar da psicoterapia da melancolia, Abraham diz não observar uma renúncia ao objeto que condicionou a melancolia, contudo, verifica uma modificação nos sintomas que aparecem nesses momentos de prova para o sujeito. Trata-se seja de sintomas compulsivos, fóbicos ou histéricos e Abraham acrescenta que a mudança do nível da melancolia para a histeria lhe parece uma evolução importante.

³⁴⁷ Abraham, Karl. (1924) “*Esquisse d’une histoire du développement de la libido fondée sur la psychanalyse des troubles mentaux*” Op.cit. pp 170 - 226

³⁴⁸ Ibid. p. 177

³⁴⁹ Ibid. pp. 191-192

Abraham, portanto, já identificava a possibilidade de um sujeito transitar entre essas duas estruturas psicopatológicas – melancolia e histeria -.

Mas, porque uma decepção amorosa provocaria a entrada na melancolia? Abraham busca apontar quais seriam os fatores que favoreceriam a entrada na neurose. Em primeiro lugar, deveríamos falar do fator constitucional, não propriamente uma hereditariedade favorecendo a doença melancólica mas um reforço constitucional do erotismo oral. A fixação da libido na fase oral no adulto é uma das condições fundamentais para a depressão melancólica.

O terceiro fator apontado por Abraham é uma ferida grave do narcisismo infantil, uma decepção amorosa precoce. O sujeito, futuro melancólico, teria vivido uma experiência de perder o seu lugar junto a mãe e não ter outro objeto capaz de acolher sua demanda libidinal. A tentativa de voltar-se para o pai também teria fracassado fazendo com que a experiência fosse vivida como um abandono total e é nesse sentimento de abandono que articulam-se as tendências depressivas precoces inaugurando uma série de tentativas posteriores por parte do sujeito de obter o amor junto ao objeto do sexo oposto.

Segundo Abraham, a grande decepção amorosa para o menino será tanto mais grave quanto mais ele não tiver ultrapassado completamente o estágio narcísico da libido ou ainda, antes do devido recalçamento das pulsões edípicas. Nesse quadro, as pulsões sádico-orais ainda não estariam apagadas e estabelecer-se-ia uma associação durável entre o complexo de Édipo e a etapa canibalística do desenvolvimento da libido, com a introjeção de dois objetos de amor, a mãe e depois o pai.

Parece-nos que Abraham fala dos meninos em função da sua amostragem de pacientes melancólicos ser em sua maioria de homens, esse referência exclusiva aos meninos, entretanto, não torna para nós menos importante a associação vislumbrada por Abraham entre a fase oral canibalística da libido e o complexo de Édipo.

Ainda falando dos seus pacientes do sexo masculino, Abraham observa que nos melancólicos a ambivalência e as pulsões hostis-canibalísticas são prioritariamente dirigidas à mãe assim como as questões relacionadas ao complexo de castração, diferentemente do que se passa em outros quadros neuróticos. A importância dos avatares da introjeção do objeto paterno é levada em conta mas, é em torno da mãe que, segundo o autor, move-se a vida psíquica dos melancólicos.

Para compreender a hostilidade do melancólico em relação à mãe e a particularidade do seu complexo de castração, Abraham recorre a concepção de Stürcke que vê no desmame a primeira experiência de castração. O melancólico, por vingança, deseja que a mãe seja castrada, seja no nível dos seios seja no nível do pênis fantasmático. O meio privilegiado para realizar esse desejo de vingança seria a mordida e manteria todo o caráter ambivalente dessa fase da libido: o objeto é incorporado e em seguida submetido a destruição.³⁵⁰

A ambivalência do canibalismo esclarece-se, segundo Fédida, ao notarmos que a angústia melancólica é canibal e que ela se refere à dependência do eu frente à ameaça de perda do seu objeto: “[...] *essa ambivalência representa o meio mais seguro de se preservar da perda do objeto destruí-lo para mantê-lo vivo*”³⁵¹

Assim, continua Fédida:

*“a incorporação canibalística não o ato simbólico de resolução de uma perda. Ela é a satisfação imaginária da angústia de ser alimentado pelo objeto perdido - objeto cuja perda foi, de certo modo, necessária para que ele permanecesse vivo e presente na realidade primitiva alucinatoriamente conservada”*³⁵².

É a partir do mecanismo da incorporação que podemos compreender as tentativas de suicídio dos melancólicos. No texto de 1917, Freud diz que o estudo da melancolia nos dá pistas sobre alguns mecanismos do suicídio: o eu só pode se matar caso possa tratar a si mesmo como objeto³⁵³. Assim, o eu, dominado pelo objeto, sofre a crítica severa desse objeto introjetado que constituiu seu ideal de eu. Lembremo-nos de Rosa e do luto impossível de seu *semi-Deus*. Era assim que ela chamava seu namorado quando começava a fazer uso do humor podendo rir de si mesma.

³⁵⁰ Ibid. p. 200.

³⁵¹ “[...] *cette ambivalence signifie que le plus sûr moyen de se préserver de la perte de l’objet est de le détruite pour le maintenir vivant.*” Fédida, P. - “Le canibale mélancolique”. In: _____ - L’absence. Paris: Gallimard, 1978. p. 66.

³⁵² “*l’incorporation cannibalique n’est point l’acte symbolique d’une résolution de la perte. Elle est la satisfaction imaginaire de l’angoisse à se nourrir de l’objet perdu – objet dont la perte a été en quelque sorte nécessaire pour qu’il reste vivant et présent dans sa réalité primitive hallucinatoirement conservée.*” IBID.

³⁵³ Freud, S. (1917) - “Luto e melancolia” Op. cit. p. 257.

Voltemos-nos ainda mais uma vez para o texto de Abraham. O estado melancólico é uma repetição, por ocasião de uma perda objetal, da tristeza original que tomou conta do sujeito quando perdeu ou decepcionou-se com seu primeiro objeto de amor. O melancólico, segundo Abraham, espera sempre ser decepcionado, traído ou abandonado.³⁵⁴

Nossa experiência clínica confirma essa afirmação e pensamos mesmo poder dizer que o melancólico age de modo a confirmar seus temores podendo manter, assim, seu equilíbrio no sintoma. O melancólico parece não poder sustentar a ilusão de que o objeto, para sempre perdido, possa ser substituído. Uma vez que a incorporação foi o recurso encontrado para proteger-se da perda do objeto ele permanece ocupando um espaço no interior do eu, impedindo novos investimentos, mas a tal ponto destruído que não se presta mais à investimentos ou, talvez, absorva todas as possibilidades de outros investimentos. É o *cemitério de fantasmas* de Clara ou o “*buraco hemorrágico*” de Freud.

Talvez possamos, neste momento, adiantar que em algumas estruturas histéricas, quando se desfazem as ilusões edípicas - nas quais cenas do mundo externo são usadas como acessórios do cenário de um drama interno que tenta negar a realidade da posição depressiva e da castração - encontramos, para além dessas ilusões, um vazio que nos remete à psicopatologia da melancolia.

A propósito do que chamamos de vazio melancólico, Lambotte propõe que a imagem de um “*buraco*” ilustra perfeitamente a dinâmica negativa do funcionamento melancólico. Segundo ela, este “*buraco*” é confirmado pela representação de uma moldura sem quadro ou um espelho sem reflexo.³⁵⁵

O sujeito melancólico não embarca nas ilusões que tipicamente dão forma às neuroses, e nós enfatizamos, à histeria. “*Na falta de uma imagem narcísica suficientemente afirmada, o sujeito melancólico encontra o nada que o define. E provavelmente, para retomar a interrogação freudiana, ele se aproximou demais dessa verdade que adoce,*

³⁵⁴ Abraham, Karl. (1924) “*Esquisse d’une histoire du développement de la libido fondée sur la psychanalyse des troubles mentaux*” Op.cit. p. 198.

³⁵⁵ Lambotte, M. C - O discurso melancólico: da fenomenologia à metapsicologia. Op. cit. p. 301.

*aquela que destrói a falsa segurança da identidade, denunciando a natureza ilusória do eu.*³⁵⁶

A histérica, através de toda sua sintomatologia característica, pergunta o que a define ou o que define seu sexo. O que é ser uma mulher? Perdendo as ilusões neuróticas, a histérica também encontra o nada que a define, assim como o melancólico. Ela não pode mais buscar no outro a valorização narcísica que lhe falta e desiste de buscar um olhar através do qual possa reconhecer-se.

³⁵⁶ Lambotte, M.C. - "Melancolia". In: Kaufmann, P. (editor).- *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. P. 329.

CAPÍTULO X - “O CEMITÉRIO DE FANTASMAS DE CLARA”

A mãe de Clara intui que ela sofre mas não sabe exatamente de que maneira, *Ela deveria fazer teatro daria uma boa atriz*. Clara grita de dor nos seios durante os períodos pré-menstruais deixando sua mãe muito assustada, ela diz não saber mais o que fazer.

Com doze anos Clara procura análise acompanhada de sua mãe que é quem expõe as razões daquele pedido de ajuda. A mãe diz que Clara tem dificuldades de relacionamento com as colegas e, embora tenha recém mudado de escola em função dessas dificuldades, os problemas persistem, agora na nova escola. A mãe diz ainda que está separada do pai de Clara há cerca de três anos, desde que descobriu que ele tivera um caso com sua irmã que havia morado com a família durante um certo período.

Depois que a mãe de Clara saiu da sala deixando-nos a sós comecei a conhecer uma garota que, a despeito da pouca idade, já não parecia mais uma criança, embora hoje eu perceba que ainda faltava muito para que ela se transformasse na mulher que ainda tenta ser. Ela falou-me das dificuldades que sentia para relacionar-se com as colegas, dizia sentir que devia compreender a todos, mas em contrapartida não se sentia compreendida.

Já nesta primeira entrevista Clara usava um termo para referir-se ao seu estado, dizia sentir-se *confusa*. Esse termo acompanhou sua análise por muitos anos e nos leva a pensar em uma separação que não pôde acontecer. Ela sente-se “*fusionada com*” .

Desde nosso primeiro contato, Clara falou-me de suas idéias suicidas, contando-me de uma vez em que havia tentado ser atropelada por um carro e acrescentando em seguida que ninguém havia sabido desta sua tentativa. Iniciamos, a partir desta primeira entrevista, um trabalho variou, durante um período de cerca de cinco anos, entre três, quatro ou cinco sessões semanais³⁵⁷.

³⁵⁷ A possibilidade de refletir metapsicologicamente sobre essa análise passa certamente pelo valioso trabalho de supervisão clínica. Devo, em grande parte, à Prof. Sônia Novaes de Resende o espaço criado em mim para escutar Clara e sobretudo, pensar sobre esse trabalho.

No primeiro período da análise, suas queixas dirigiam-se à mãe com quem ela dizia não conseguir relacionar-se bem. Clara dizia sentir como se sua mãe a culpasse de algo que ela não fazia a menor idéia do que poderia ser. Clara falava sobre uma mãe que também parecia ter uma personalidade histérica, com episódios de bulimia e traços marcadamente hipocondríacos. Depois, suas queixas estenderam-se para o pai que, no início, fora bastante poupado.

A análise de Clara oscilava entre períodos em que as defesas históricas estavam mais organizadas, quando o material era marcadamente edípico e a rivalidade com as outras mulheres - que eram ou *bobas submissas* ou *bruxas sedutoras* - aparecia como nó central da maioria do material e outros momentos em que ela ou permanecia bastante silenciosa, ou falava de uma confusão, da falta de sentido que via na vida, da desesperança, do desejo de dormir, da sensação de que passava pelo mundo sem que ninguém notasse sua presença.

Do ponto de vista transferencial e contra-transferencial, nesses momentos em que Clara estava mais melancólica é quando podia senti-la mais próxima de mim e mais comprometida com a análise, podendo até dizer, mais próxima dela mesma, mais integrada.

Para ilustrar esses dois pólos entre os quais Clara parecia transitar, remeto-me a dois sonhos que datam do início da análise de Clara. No primeiro sonho, relatado cerca de um mês após o início do tratamento e na segunda sessão de Clara no divã, ela conta-me que estava em um lugar público acompanhada do pai e dos irmãos e que sua mãe estava também neste lugar, embora não junto com eles. Clara encontra quatro pessoas que ela conhecia somente de vista, dois garotos e duas garotas, no estacionamento daquele lugar. Imediatamente percebe que eles estavam roubando o carro de sua mãe e que o faziam, evidentemente, para provocar Clara. Ela corre para comunicar seu pai, que lhe dizia para avisar a mãe. Ela atende seu pedido, mas quando as duas chegavam ao estacionamento o grupo já tinha fugido com o carro. O sonho, nesse momento, muda de cenário e, na casa de Clara, sua mãe a acusa dizendo que a culpa era toda dela pois ela era muito injusta. Diante destas acusações, Clara começa a chorar e vai embora. Então aparece uma multidão atrás dela, *todas as pessoas que eu já conheci na vida*, dizendo que ela devia ser compreensiva. Na sua casa ficavam sua mãe e os quatro que haviam roubado o carro.

Em seguida, ela está acompanhada de uma pessoa que ela não conhece, caminhando por uma subida, até que encontra um abismo do qual ela despenca.

A partir das associações que se seguem ao sonho, somos levados a interpretá-lo a partir de desejos e culpas edípicas. Os ladrões levam algo da mãe para provocá-la, ou, a tia roubou o pai da mãe e a culpa é toda sua. Clara acha que percebeu a situação entre o pai e a tia, tendo optado por não contar nada à mãe por achar que ela não acreditaria em Clara. No final do sonho, ela consegue deixar todos juntos, mãe e ladrões, e sair com o pai (pessoa que ela não conhece) para percorrerem juntos uma subida e, em seguida, caírem de um abismo.

O segundo sonho é mais pobre, no sentido de um enredo, mas parecia conter uma carga muito intensa, em todos os momentos em que Clara referia-se a ele. É um sonho que se repete com pequenas variações e do qual Clara sempre tem uma lembrança um tanto enfumaçada. Ela está sempre sentada no chão com alguém morto em seu colo e ela chorando muito. A pessoa morta era às vezes conhecida, outras não. Suas associações com esse sonho repetitivo eram praticamente inexistentes, passando-me a impressão, num determinado período, de que Clara fazia questão de manter um certo mistério ao redor deste sonho. Parece-me que para ela esse sonho tornava-a especial, ele tinha uma carga dramática muito forte, embora nebulosa.

Ainda que eu não descarte hoje em dia a idéia de uma tentativa transferencial de apavorar-me ou distanciar-me dela, penso, que essa forma misteriosa era a possibilidade que Clara tinha, na época, para falar-me sobre o que ela, hoje, chama de um *cemitério de fantasmas* que a habita. Clara fala do desejo que ela tem de matar, de uma vez por todas, esses *fantasmas* que não estão nem mortos nem vivos e que a perturbam.

Numa época em que Clara ainda não podia falar sobre este *cemitério*, ela tentava suicídio sempre que seus *fantasmas* assombravam-na demais. Esse *acting-out* devia ser a única forma que ela encontrava para matá-los de uma vez por todas, o suicídio era então, antes de tudo, um assassinato.

Atualmente ela atravessa momentos de depressão de forma menos silenciosa e sem atuações mais sérias como as tentativas de suicídio, por exemplo. No momento em que ela pode falar desse cemitério que a habita, as coisas se passam de modo bem diferente. Ela pode, então, falar a um terceiro, a analista, sobre um luto do qual é portadora, pois antes o “*luto indizível*” instalava em seu interior uma “*sepultura secreta*”, emprestando o termo utilizado por Nicolas Abraham e Maria Török, uma “*cripta no seio do ego*”.³⁵⁸

Clara referindo-se ao pai, nessa segunda fase da análise diz: *Queria que ele morresse, assim ele estaria morto de verdade, e pronto. Queria poder matar todos esses fantasmas*. Mas nesse momento ela já fala de um luto que precisa ser feito. É bastante diferente da referência à “*sepultura secreta*” a partir do sonho de alguém morto em seu colo, ou das tentativas de suicídio.

As tentativas de suicídio de Clara tem sutilezas que não podem ser simplificadas enxergando-as por um único vértice, mas, seguindo o modelo da situação analítica, só podemos nos aprofundar em um determinado aspecto do psiquismo do paciente analisando cada aspecto e não sintetizando-os. É impossível reproduzir aqui todos os movimentos dessa análise.

Todas tentativas de suicídio desta adolescente foram feitas com ingestão de medicamentos psiquiátricos da mãe. Recorrendo a este caso podemos sugerir, por um lado, uma identificação histórica com a mãe. Clara toma os remédios que devem fazer bem à mãe, o que significaria que ela sofre como sua mãe. Por outro lado, sugere-nos uma tentativa de incorporação oral do objeto e o seu assassinato. Pode-se identificar ainda nesta ilustração um componente apontado na reflexão de Freud em 1917: o melancólico, assim como o obsessivo, através da autopunição, em geral, pune e vinga-se do objeto original sem precisar demonstrar sua hostilidade para com ele.³⁵⁹

Refiro-me à mãe como objeto original da atuação da paciente sem, contudo, ignorar o conteúdo transferencial desta atuação. Da mesma forma que relacionamos a ingestão de medicamentos da mãe com a incorporação oral do objeto e seu assassinato, podemos pensar na “*ingestão de interpretações*”, incorporação oral do objeto (analista) e seu assassinato. Para Clara, esse poderia ser um modo de matar-me como analista.

³⁵⁸ Abraham, N. & Török, M. - *A casca e o núcleo*. São Paulo: Escuta, 1995. pp. 215-259.

³⁵⁹ (1917[1915]) Freud, S. “Luto e melancolia”. Op. cit. p. 257.

Julga Kristeva observa que várias histórias sobre os ciúmes femininos apresentam a imagem de uma envenenadora como imagem privilegiada do satanismo feminino, mas que essa “*envenenadora*” é mais do que uma “*feiticeira furiosa*”, é uma menina privada do seio. A incorporação oral do objeto, ligada ao narcisismo, e cheia de ambivalência, tem que ser eternamente repetida. Como se o objeto nunca tivesse, de fato, se instalado. Novamente citando Kristeva, “*Em geral, o terrorismo dessa histeria depressiva manifesta-se visando à boca.*”³⁶⁰

Acentuamos na análise de Kristeva sobre a depressão na histeria, sua observação sobre a incorporação oral do objeto ligada ao narcisismo que deve ser eternamente repetida. Não é esse o mecanismo de origem da melancolia apontado por Freud em 1917?

Para aprofundarmo-nos no entendimento da fantasia de incorporação, tão fundamental para a compreensão da dinâmica melancólica, partiremos da sua diferenciação em relação ao processo de introjeção e para isso seguiremos os passos de Maria Török e Nicolas Abraham³⁶¹, que empreendem de modo brilhantemente esclarecedor essa discussão.

Partindo do rigor do conceito de introjeção em Ferenczi³⁶², a introjeção é um processo que permite:

“ [...] a extensão, ao mundo exterior, do interesse de origem auto-erótica, pela introdução, de objetos exteriores na esfera do ego. [...] considero todo amor objetal (ou toda transferência) como uma extensão do ego ou introjeção, no indivíduo normal como no neurótico [...].

³⁶⁰ Kristeva, J. - *Sol Negro: depressão e melancolia*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Rocco, 1989. p. 84.

³⁶¹ Abraham, N & Török, M. - *A casca e o núcleo*. Op. cit. pp. 215-259.

³⁶² Ferenczi, S. (1912/1988) - “O conceito de introjeção.” In: _____. - *Escritos Psicanalíticos. 1909-1933*. op. cit. pp.61-63.

*Em última análise, o homem só pode amar a si mesmo, e a ele só; amar um outro equívale a integrar este outro em seu próprio ego.[...]É a união entre os objetos amados e nós mesmos, esta fusão desses objetos com o nosso ego, que chamei de introjeção e - repito - estimo que o mecanismo dinâmico de todo amor objetal e de toda transferência sobre um objeto, é uma extensão do ego, uma introjeção.*³⁶³

Dessa forma, a introjeção não se dá motivada pela perda do objeto e tão pouco o que é introjetado é o objeto, e sim o “conjunto de pulsões e de suas vicissitudes cujo objeto é o próprio contexto e mediador.”³⁶⁴. A introjeção seria o processo que permite que uma boca cheia de seio, transforme-se numa boca cheia de palavras; esse movimento é permitido por uma mãe constante que possua linguagem e assim, com a garantia materna, as palavras podem substituir a presença materna e as incitações pulsionais podem dar lugar a desejos ou fantasias de desejo que podem, então, abrir-se no jogo objetal. “Operar essa passagem é conseguir que a presença do objeto dê lugar a auto-apreensão de sua ausência”³⁶⁵.

A incorporação, entretanto, não é uma fantasia que se impõe sempre que a introjeção é impossível, mas somente quando, por algum “obstáculo proibitivo”, o processo de introjeção não pode prosseguir. A incorporação acontece a partir da perda do objeto antes que os desejos que lhe concernem tenham sido liberados. “É porque a boca não pode articular certas palavras, enunciar certas frases - por razões a determinar - que se tomará, em fantasia, o inominável, a própria coisa.”³⁶⁶.

Segundo Boons, é a primeira experiência de separação e, conseqüentemente, a base de uma primeira identidade, de um primeiro alicerce do sujeito, que se encontra mal firmada na histórica. A autora nos fala de um objeto que talvez nunca tenha, de fato, instalado-se ou desencadeado a introjeção. Referimo-nos, portanto, a perdas ou até, talvez, a uma relação que não se deu.³⁶⁷

³⁶³ Ibid. p.61.

³⁶⁴ Abraham, N & TöroK, M. – *A casca e o núcleo*. Op. cit., p. 222.

³⁶⁵ Ibid. p. 246.

³⁶⁶ Ibid. p.247

³⁶⁷ Boons, M.C. (1992) - A propósito da estrutura histórica. In: _____. - *Mulheres-Homens: ensaios sobre a diferença sexual*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. pp. 101-110.

É também através de perturbações nas primeiras identificações, ou de um colapso da imagem especular, que Lambotte³⁶⁸ vai nos falar sobre a gênese da melancolia. Referindo-se ao modelo dinâmico do estádio do espelho de Lacan, o melancólico não encontrou uma imagem, encontrou uma moldura vazia e vai fixar-se em um ideal do eu inacessível. O melancólico estará sempre procurando por trás das coisas, atrás do espelho, indícios de uma verdade escondida, ou, como diria Clara, *um sentido*.

Voltemos à análise de Clara. Os fragmentos apresentados a seguir, são de um momento em que as defesas históricas de Clara estão ausentes ou bastante enfraquecidas e que a paciente fala a partir do vazio. Vazio que relacionamos à melancolia que se faz ouvir no interior de um tratamento de histeria. Essa foi a primeira vez que, acredito, pudemos entrar em contato com esse vazio através das palavras e sem a “*camisa de força*” que o risco de suicídio impunha à análise.

Clara chegou a dizer-me, nessa época, quando cogitei encaminhá-la novamente para a psiquiatra que a medicou depois da sua última tentativa de suicídio, que eu não precisava me preocupar porque desta vez ela não tentaria suicídio. Eu lhe disse que das outras vezes ela não tinha me avisado das suas intenções, ao que ela respondeu-me: *É, mas não te disse que não faria como estou te dizendo agora*.

De que modo podemos pensar essa fala de Clara? Sugiro que neste momento da análise Clara já podia sentir-se existindo mesmo na minha ausência, não precisando mais tentar ver-se através do impacto que a possibilidade de suicídio provocava em mim. A possibilidade de introjetar parecia estar se desenvolvendo. Antes, em momentos em que ela sentia-se ameaçada de deixar de existir para analista, como férias, afastamento da analista para ter um bebê ou quando uma pessoa de suas relações começou também a analisar-se comigo, Clara fazia suas tentativas de suicídio.

Vejamos, abaixo, fragmentos de um discurso que anunciava uma “*sepultura*” já não mais tão secreta:

³⁶⁸ Lambotte, M.C. – “Melancolia”. In: Kaufmann, P. (ed.)- *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. pp. 325-330.

Antes as pessoas não faziam sentido para mim, agora sou eu que não faço sentido. Se nada fazia sentido, então, sou eu que não faço sentido.

Eu me sinto como se carregasse sempre um monte de areia nas mãos. Agora é como se, de repente, ao invés de manter os dedos bem apertados para que a areia não escape ou, escape o mais devagar possível, eu de repente abrisse os dedos e deixasse toda a areia escapar. Afinal, cedo ou tarde ela iria escapar.

A Sra.B, paciente de Lambotte, sonha que passeava ao longo de uma praia quando cai em um "buraco d'água" só conseguindo manter para fora a boca e o nariz. Ela compreende que caso se mexesse muito iria afundar, entretanto hesita em pedir socorro aos amigos que estavam longe. Ela estava dividida entre a obrigação de sair do buraco e a tentação de se deixar deslizar.

“O sonho punha em cena a ‘luta esgotante’ da vida e da morte na qual a vida exigia um acréscimo de energia que a Sra. B não podia fornecer, enquanto que a morte revelava de um prazer de escape de que ela não podia mais se defender.”³⁶⁹

Não podendo mais buscar no outro a valorização narcísica que lhe falta, a paciente desiste da busca um olhar através do qual possa reconhecer-se.

Eu queria olhar no espelho e me achar legal, queria ler alguma coisa que eu escrevo e achar legal...

Tá um vazio...nada faz sentido...

Eu só fico com muita raiva, os outros me irritam e eu acho que sou irritante para os outros.

Identificamos no discurso de Clara, sem muita dificuldade, as principais características do discurso melancólico segundo Lambotte. Um discurso que se “*auto-gera numa reformulação indefinida de questões; e ele se elabora sobre a base de relações*

³⁶⁹ Lambotte, M-C. – *O discurso melancólico*. Op. cit. p.376

*lógicas aparentemente irrefutáveis sobre as quais não se chega rapidamente a evidenciar o que está em jogo*³⁷⁰

É como se nesses momentos tudo tivesse exatamente o mesmo valor, trata-se de uma geografia sem nenhum relevo que impede o investimento sobre algum ponto sobressalente. Como diz a paciente de Lambotte “*São possibilidades ao infinito, é esgotante. É como se, aliás, definitivamente não houvesse mais possibilidades; é a mesma coisa.*”³⁷¹. Se tudo tem exatamente o mesmo valor, ou a mesma falta de valor, não há caminho para o desejo.

Clara utilizava-se de artimanhas para tornar presente o ausente que não era ausente mas sim, faltante. Não poderia haver ausência se nunca houve presença suficiente para que se pudesse sentir a ausência. Essa falta que não podia ser transformada em ausência, não podia ser simbolizada e era percebida por Clara ora como falta ora como um vazio que remetemos ao vazio melancólico.

A questão melancólica para Clara já estava lá, desde o início, ainda que o acesso a esse núcleo a partir da palavra, ou seja, livre de atuações, só tenha sido conquistado depois de muito tempo de análise. Clara parecia-me transitar entre dois registros: o da falta, na sua fala queixosa por não se sentir compreendida, ou por irritar-se com o comportamento das mulheres a sua volta e um outro registro que observamos a partir das falas acima, do vazio, da desesperança.

Clara fala de uma estranha sobriedade que a acompanha quando se sente neste estado vazio, como se ela estivesse presente e ao mesmo tempo distante. Suas drogas, ou ilusões históricas, parecem não mais funcionar, o espelho nesses momentos não serve mais para reassurar-la. Kristeva, a propósito da depressão feminina, fala de um corpo que já está em outro lugar, um cadáver vivo que “*...passeia entre os outros - quando deixa o seu leito-túmulo- como extraterrestre, cidadã inacessível do magnífico país da Morte, do qual ninguém poderá despojá-la.*”³⁷²

³⁷⁰ Ibid, p. 67.

³⁷¹ IBID.

³⁷² Kristeva, J. O – *Sol negro: depressão e melancolia*. op. cit. p.75.



PARTE V
CONCLUINDO

CAPÍTULO XI – DISCUSSÃO: ENTRE TER E SER, ENTRE O NADA E O VAZIO.

“ Por muito tempo achei que a ausência é falta.
E lastimava, ignorante, a falta.
Hoje não a lastimo.
Não há falta na ausência.
A ausência é um estar em mim.
E sinto-a, branca, tão pegada, aconchegada nos meus braços,
que rio e danço e invento exclamações alegres,
porque a ausência, essa ausência assimilada,
ninguém a rouba mais de mim.”³⁷³

Da histeria, rumo ao feminino indicamos um trecho de deserto. O desafio da feminilidade convoca a menina a atravessar esse vazio sem desertar. Desertar é o que se perfila no horizonte melancólico através da identificação ao nada.

Irigaray³⁷⁴ propõe, a partir de uma leitura rigorosa de *Luto e melancolia*, uma relação entre o desenvolvimento do complexo de Édipo para menina - tal como Freud o descreve - e a sintomatologia melancólica. Segundo esta autora, todas as condições para o desenvolvimento de uma melancolia são preenchidas quando a menina percebe a mãe e a si mesma como castradas. A descoberta da verdade da castração, a rigor, só poderia ser assimilada com base numa “*solução melancólica*”³⁷⁵.

A decepção da castração lança a menina numa depressão dolorosa no interior da qual observa-se um retraimento da atividade libidinal após a perda do objeto até agora investido: a mãe fálica. Trata-se de uma suspensão do interesse pelo mundo exterior e uma perda da capacidade de amar que leva a menina a abandonar seu amor pela mãe e por todas as outras mulheres, ela mesma inclusive. O interesse que a menina manifestará pelo pai não é amoroso, baseia-se no desejo de possuir o falo. Em comum com a sintomatologia da melancolia, o momento psíquico em questão produz uma inibição e diminuição da auto-estima, próprias da saída da fase fálica e da entrada no Complexo de Édipo.³⁷⁶

³⁷³ Andrade, C.D. - Ausência. In: _____. *Poesia e prosa*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1992. 8ª ed. p. 1001.

³⁷⁴ Irigaray, L. - *Speculum de l'autre femme*. Paris : Les éditions de minuit, 1974. Pp. 78-87 (Collection “critique”)

³⁷⁵ Ibid. p. 78

³⁷⁶ Ibid. p. 78-79.

No luto, a pessoa sabe quem e o que perdeu, nada daquilo que se relaciona com o objeto perdido é inconsciente. Já na melancolia a pessoa pode até saber quem perdeu, mas não sabe o que perdeu com o objeto. Novamente a coincidência com a perda vivida pela menina que se percebe castrada aparece. Nada do que diz respeito a essa perda pode tornar-se consciente. Por essa razão, pela força inconsciente de suas pulsões sexuais, a perda escapa a qualquer representação. Ela não sabe o que perdeu ao descobrir a castração ou viver o fim da relação primitiva com a mãe e com as outras mulheres. Trata-se de uma perda não simbolizável, que impede o desenvolvimento do processo de luto³⁷⁷.

A ambivalência em relação à mãe, por quem a filha se sente traída, marca também a relação do melancólico com seu objeto perdido. A luta entre a tendência ao ódio que visa à remover a libido investida no objeto e ao amor que visa à manutenção desse investimento ocorre no domínio do inconsciente, assim como a ambivalência dos sentimentos da filha pela mãe.

A desvalorização da mãe, primeiro objeto de amor, assim como a desvalorização do seu próprio sexo pela menina permanecem como conflitos inconscientes que, sem acesso à linguagem, expressam-se como "*reminiscências*" *"sob a forma de afecções somáticas características da melancolia bem como, da histeria"*³⁷⁸.

Provavelmente, segundo Irigaray, a saída da menina não será a constituição de uma estrutura melancólica, ainda que sintomas melancólicos, passem a fazer parte do repertório da sexualidade feminina. Suas reservas narcísicas foram profundamente atingidas para elaborar uma organização defensiva contra o horror da castração e daí a dificuldade, nas palavras desta autora, de uma "*estruturação melancólica*".

A "mímica" histérica representará o trabalho desenvolvido pela menina ou pela mulher histérica para salvar sua sexualidade de uma repressão total ou do desaparecimento das pulsões. Erotizando tudo, salvo o seu sexo, a histérica buscará proteger-se da ruptura de sentido produzida pela castração.

³⁷⁷ Ibid. p. 80.

³⁷⁸ Ibid p. 81.

Na melancolia, diz Freud, o investimento objetal é abandonado e, “*dessa forma, refugiando-se no ego, o amor escapa à extinção*”³⁷⁹. Por caminhos diferentes, histeria e melancolia constituem formas de preservar o sujeito da morte advinda pelo desaparecimento ou recalçamento total das pulsões.

Retomando o texto de Irigaray, “*a não simbolização do seu desejo original, de sua relação com a mãe e da libido fazem um apelo constante a regressões polimorfos (melancólicas, maníacas, esquizofrênicas, paranóides...)*”³⁸⁰. A falha na simbolização provoca um “*buraco*” na elaboração dos processos imaginários e simbólicos restando-lhe poucas imagens através das quais a mulher poderá representar-se a si mesma. Não é tanto um “*significante mestre*” que lhe falta, mas a dificuldade de aceder a uma economia significativa³⁸¹.

Assim, pela falta de saber-se a histórica busca saber o que o outro quer dela, quanto ela vale para o outro. Atribuindo a si própria valores provisórios que ela determina a partir de suas relações de objeto e da imagem de si mesma que o outro reflete, a histórica corre sempre o risco de repentinamente não valer mais nada. A sexualidade consolida-se como um terreno apropriado para essa frágil atribuição de algum valor, um valor fálico que não resolve sua questão sobre a identidade feminina.

A elaboração da experiência com pacientes históricas nos indica outros rumos para o feminino. Para além da histeria, com seu valor arbitrariamente estabelecido e, portanto, comportando sempre o risco de cair bruscamente, será preciso suportar um “*câmbio livremente flutuante*”, aproveitando-nos da metáfora econômica usada por Irigaray, a partir de Saussure³⁸².

As históricas e a busca da “*dor que elas deveras sentem*” conduziram-me para a problemática da identidade feminina. Lacan, como sabemos, introduziu um deslocamento dessa questão - da identidade feminina para o campo do gozo - esclarecendo de forma contundente muitas das questões impostas pela histeria. Entretanto, pôde se observar que

³⁷⁹ Freud, S. (1917). – “Luto e melancolia” .Op. cit. p.262.

³⁸⁰ Irigaray, L. - *Speculum de l'autre femme*. p. 85

³⁸¹ IBID

³⁸² De Saussure. F.- Cours de linguistique générale. Paris: Payot, 1968.

pela especificidade do nosso objetivo - uma aproximação do sofrimento histérico - pela singularidade dos casos clínicos discutidos, outros modelos teórico-clínicos revelaram-se também de grande pertinência para este trabalho, de tal forma que se me impôs um diálogo entre teorias para que, finalmente, se delineasse um conceito do sofrimento histérico.

Birman³⁸³ propõe uma diferenciação entre histeria e histerização e, a partir de *Carmen* de Bizet, pontua a dificuldade da feminilidade estabelecer-se como eixo fundador da subjetividade na histeria. A histerização necessária, ilustrada por *Carmen*, revela, segundo o autor, que:

*“Seria pela feminilização do desejo que o erotismo se torna possível, pois revelaria para os homens e para as mulheres a incompletude que rasga os seus corpos, permeados que são pelo excesso indomável e diabólico.”*³⁸⁴

Revelar a feminilidade do erotismo significa ultrapassar a fronteira da falicidade, destituindo-se do registro do ter, podendo então, ser. É pelo horror do não ser nada que a histérica nos revela sua dor.

Aprisionado na ordem fálica o sujeito histérico nega a diferença sexual evitando a castração. Desse modo, lembra Birman³⁸⁵, os intercâmbios sexuais na histeria serão sempre da ordem da homossexualidade, negando as diferenças e fazendo do outro um complemento narcísico, cuja perda revelar-se-á como uma perda do eu.

Na face da histeria, o sujeito diz: *“Eu ainda não tive o que queria, estou insatisfeito”* garantindo sua permanência no jogo e, em um momento em que sua imagem narcísica é abalada pela perda do objeto, ele diz: *“Eu não sou nada”*.

Quando a circulação da pulsão deixa de ser buscada no sintoma histérico e procura, algumas vezes por influência da análise, o acesso a feminilidade o sujeito pode deparar-se com dificuldades que nos remetem à psicopatologia da melancolia.

³⁸³ Birman, J. (1997) – “ Se eu te amo, cuide-se”. Em: Berlinck, M.T. (org) - *Histeria*. op. cit. pp. 89-132.

³⁸⁴ Ibid. p.125.

³⁸⁵ Ibid. p.128.

Nasio³⁸⁶, a respeito da saída da histeria, fala-nos sobre a necessidade de uma “*travessia da angústia*” e do luto da “*criança fálica*” irremediavelmente perdida. Nesse percurso revela-se, com todas as cores, a face narcísica da histeria.

Ao abandonar a cena histérica em que elementos do mundo externo são utilizados como suporte, o repertório da histeria entra em colapso e, jogando o carretel mas soltando o barbante, a histérica pode encontrar o nada com o qual se identifica. A afirmação crua da castração elimina o campo das ilusões e da esperança presente na histérica, que está sempre relançando seu desejo de desejo. Ela não acredita mais que algo possa completá-la, preencher sua falta, o que a leva a aproximar-se do mecanismo melancólico que afirma a verdade da castração que a histérica procura evitar.

O preço que a histérica paga para escapar da experiência traumática de sua incompletude é não viver nenhuma experiência de prazer com o outro a fim de manter sua imagem narcísica fragilmente conquistada. Aquilo que protege a histérica de ser tocada pelo outro é também o que provoca sua dor. Dor, por não se deixar tocar, não no seu sexo mais no seu ser; dor pela incapacidade de amar o outro. A histérica só conhece o amor narcísico.

Aberturas: a clínica e o sofrimento histérico.

"Além de certo ponto não há retorno.

Este é o ponto a ser alcançado."

Kafka

O deserto, sob “*o céu que nos protege*”³⁸⁷, figura um lugar vazio, onde o tempo passa diferente e o viajante que lá se aventura descobre-se também diferente, descobre-se outro. A aventura anunciada traz promessas e riscos. Os riscos apresentam-se como miragens para o viajante que, por não suportar o vazio do deserto, insiste em procurar algo por trás delas. Atrás da miragem, assim como atrás do espelho, não há nada.

³⁸⁶ Nasio, J-D. (1991) - *A histeria: teoria clínica e psicanalítica*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar. (Coleção Transmissão da Psicanálise).

³⁸⁷ Bowles, P. - *O céu que nos protege*

A miragem ameaça a situação analítica dos dois lados: do lado da histérica que busca assegurar-se de uma imagem de si a qualquer custo, arriscando-se ao nada e, do lado do analista, que capturado pelo efeito ofuscante e espetacular de uma miragem que a histérica reflete, não devotará mais sua escuta ao silêncio do vazio impedindo a constituição do espaço continente, potencialmente criativo onde o jogo, a fantasia e o pensamento são possíveis.

Estar no deserto, que utilizamos aqui como figura do vazio não é estar no nada, há o "*céu que nos protege*" do vácuo, do nada. O céu que, como a mãe do bebê, nos dá a ilusão de que há algo que estará sempre lá. No início da travessia do deserto, o céu deve mostrar-se previsível deixando as grandes tempestades para quando o viajante já se sentir um ser no/do deserto.

A travessia do deserto vazio nos fala ainda do luto da criança e da mãe fálicas preservadas pela incorporação num "*cemitério de fantasmas*" de onde só podemos falar de morte e não de ausência. Trata-se, segundo Pontalis de descobrir na análise a morte da qual se é portador, o "*trabalho da morte*", através de um "*desinvestimento do tempo e investimento da ausência*"³⁸⁸.

O "*trabalho da morte*" ou a travessia do deserto - promessa de descoberta de um outro de si mesmo para o paciente e para o analista - não pretende reeditar a situação primitiva, mas exige do analista uma posição transferencial específica que supõe ter, ele próprio feito a travessia do deserto, entrado em contato com sua dor psíquica e alcançado uma potencialidade criativa.

A experiência do vazio é, finalmente, constituinte da feminilidade permitindo que a menina, futura mulher, encontre na criação ou no amor algo que diga de si mesma, permitindo-lhe simplesmente ser.

*"Existir é tão completamente fora do comum que se a consciência de existir demorasse mais de alguns segundos, nós enlouqueceríamos. A solução para esse absurdo que se chama 'eu existo', a solução é amar um outro ser que, este, nós compreendemos que exista."*³⁸⁹

³⁸⁸ Pontalis, J. B. - "Entre le rêve et la douleur". Op. cit. p. 268.

³⁸⁹ Lispector, C. - *Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres*. Op. cit. p. 151.



SUMMARY

Either implicitly or explicitly, studies on hysteria indicate the need to determine the nature of what we will call here the hysterical patient's suffering. The challenge is both clinical and theoretical, and this explains the need for establishing models that are better able to describe it. My hypothesis is that melancholia constitutes an efficient paradigm to enable a better understanding of just what hysterical patients undergo. Although, as Freud said, every symptom is a compromise solution, therefore implying some degree of satisfaction, this paradox would seem to be especially evident in hysteria, with the result that the patient's suffering is downplayed.

This present discussion on hysteria is based on the clinical consequences of virtual disappearance of hysteria from current-day psychiatric classifications. In the dissertation, first the intersubjective dimension of this symptom in psychopathology is treated, together with the clinical implications of the current operational and pragmatic approach that precludes the act of listening to such patients. Next, a number of Freud's texts are mentioned regarding the matter and two basic aspects are discussed, namely, 1) the association between hysteria and the feminine, and 2) the importance of narcissistic regression in hysteria.

Several clinical cases are then described and aspects related to the hypothesis are discussed. Besides providing a clarification of what is meant by the term **suffering** in this dissertation, the clinical discussions also allow the author to illustrate different hysterical traits and the difficulties that analysts encounter when faced with this type of patient. Based on the second and third clinical cases, the author presents a discussion of the similarities and differences between hysteria and borderline states. Finally, the author describes the painful incompleteness of hysterical persons and their ways of dealing with it.

The fourth part of the dissertation consists of the construction of the paradigm for melancholia, differentiating it from depression and explaining why the concept of melancholia was chosen. Freud's treatment of melancholia and the pertinence of the model are demonstrated in the context of the final clinical case presented here.

Moments of “melancholization” come up during the treatment of many different pathologies, but the interest they hold for the present dissertation is especially related to the aspect taken up here, namely, the use of melancholia as a paradigm for hysteria. When the hysterical defenses against attaining a feminine position begin to falter, something that might be called a “hemorrhagic hole” seems to appear. The subject gives up her ceaseless insistence on being unconditionally loved, and castration, until then circumvented by hysterical mechanisms, become affirmed, causing an emptying of meaning and installing the threat of nothing. Having suffered from the disappearance of the other with which she had tried to identify, the melancholic patient then becomes identified with nothing. To avoid seeing her fragile narcissistic identification destroyed, she resists in her dissatisfaction, claiming that she has nothing to desire. The relationship between these two positions allows an appropriate approach to both hysterical suffering and new inroads to clinical treatment.

In moments of narcissistic regression in hysteria, the experience of nothing, which destroys the domain of fantasy, should be differentiated from the void, which is associated with the feminine. Sustained in the transference, the feminine may constitute an opportunity for the construction of the metaphor and the assimilation of absence.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABNT- Associação Brasileira de Normas técnicas. *Informação e documentação - Referências - Elaboração*. NBR 6023:2000. Rio de Janeiro: ABNT, 2000. 22 p.

ABRAHAM, K. (1908) “Les différences psychosexuelles entre l’hystérie et la demence précoce”. In: _____. *Oeuvres complètes/I. 1907-1914*. Alençon: Payot, 1989. Science de l’homme Payot. pp.41-52

ABRAHAM, K. (1910) “Les états oniriques hysériques”. In: _____. *Oeuvres Complètes/I 1907-1914*. Alençon: Payot, 1989. Science de l’homme Payot. pp.119-146

ABRAHAM, Karl. (1924) “Esquisse d’une histoire du développement de la libido fondée sur la psychanalyse des troubles mentaux” *Oeuvres Complètes/II 1915-1925*. Alençon: Payot, 1989. Science de l’homme Payot. pp. 170-226

ABRAHAM, N. & TÖROK, M. - *A casca e o núcleo*. Tradução M^a José R. F. Coracini. São Paulo: Escuta, 1995. pp. 215-259.

ABRAM, J. – *A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Trad. Marcelo Del Grande da Silva. Apresentação e revisão técnica José Outeiral. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. 305 p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais*. DSM IV. 4ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.

ANDRADE, C. D. - Ausência. In: _____. *Poesia e prosa*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1992. p. 1001. 8^aed.

ANDRÉ, J. - *As origens femininas da sexualidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996. 148 p.

ANDRÉ, J. - "L'unique objet" In: André, J. (dir) - *Les états limites*. Paris, PUF, 1999.

ANDRÉ, S. *O que quer uma mulher?* Tradução Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro. Zahar.1987. 295 p.

AULAGNIER, P. – “Observações sobre a feminidade e suas transformações.” In: Clavrel, J. et. al. - *O desejo e a perversão*. Campinas, SP: Papyrus, 1990.

- BERCHERIE, P. - *Géographie du champ psychanalytique*. Paris: Navarin, 1988. 230 p.
- BERLINCK, M. T. & FÉDIDA, P. – “A clínica da depressão: questões atuais.” In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: vol. III n.º 2. Jun. 2000. pp. 9-25
- BERLINCK, M. T. “O que é psicopatologia fundamental?”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: vol. I. nº 1. Mar. de 1998. pp. 46-59
- BIRMAN, J. - Se eu te amo, cuide-se. Em: Berlinck, M. T. (org.) - *Histeria*. São Paulo: Escuta, 1997. pp. 89-132.
- BLEICHMAR, E.- *O feminismo espontâneo da histeria: estudo dos transtornos narcisistas da feminilidade*. Tradução Francisco Vidal. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1988. 206 p.
- BOLLAS, C. - *Hysteria*. Tradução Mônica Seicman. São Paulo: Escuta, 2000. 283 p.
- BOONS, M.C. - A propósito da estrutura histórica. In: _____. - *Mulheres-Homens: ensaios sobre a diferença sexual*. Organização e revisão técnica Carmen Da Poian. Tradução: Ana Lúcia Lutterbach et al. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. pp. 101-110.
- BRETTE, F. Hystérie et traumatisme. In: *Monographies de psychanalyse – Hystérie*. Sob a direção de Annick Le Guen, Annie Anargyros et Claude Janin. Paris: PUF, 2000. pp 81-106
- BREUER, J. & Freud, S. (1893) “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação preliminar”. In: Freud, S. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1995. 3ª ed. vol.II. pp. 39-56.
- BREUER, J. & Freud, S. “ Estudos sobre a histeria”. In: Freud, S. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1995. 3ª ed. vol. II pp. 57-320.

- CABROL, G. & Parat, H. "L'hystérie selon Freud" in: *Monographies de psychanalyse - Hystérie*. Sob a direção de Annick Le Guen, Annie Anargyros et Claude Janin Paris: PUF, 2000. pp. 11-30.
- CHABERT, C. - "Les fonctionnements limites: quelles limites?" In: André, J. (dir) - *Les états limites*. Paris, PUF, 1999. pp. 93-122.
- CYSSAU, C. - "Fonctions théoriques du cas clinique". in: Fédida, P. & Villa, F. (dir) - *Les cas em controverse - Monographies de psychopathologie*. Paris: PUF, 1999. pp. 59-82
- DOR, J. - *Estruturas e clínica psicanalítica*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Taurus, 1994.
- DOR, J. *Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem*. 3ª ed. Porto Alegre. Artes médicas, 1989.
- EHRENBERG, A. - *La fatigue d'être soi : depression et société*. Paris: Odile Jacob, 1998.
- ENDE M. - *A história sem fim*. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes. 2000. 392 p.
- FÉDIDA, P. - "Une parole qui ne remplit rien" In: *Nouvelle Revue de Psychanalyse*. Paris: n° II, printemps, 1975. pp. 91- 102
- FÉDIDA, P. - "Le canibale mélancolique". In: Fédida, P.- *L'absence*. Paris: Gallimard, 1978. pp. 61-68.
- FÉDIDA, P. - "L'objet". In: _____. *L'absence*. Paris: Gallimard, 1978. pp. 61-68.
- FÉDIDA, P - "Le vide de la métaphore et le temps de l'intervalle". In: _____.- *L'absence*. Paris, Gallimard, 1978. pp. 197-238
- FÉDIDA, P. - " Tradition tragique du psychopathologique. A propos du *pathei mathos* de l' *Agamenon*." In: _____. *Crise et contre-transfert*. Paris: Puf, 1992. pp. 19-36
- FÉDIDA, P. - "D'une psychopathologie générale à une psychopathologie fondamentale. Note sur la notion de paradigme." In: _____. *Crise et contre-transfert*. Paris: PUF, 1992. pp. 287- 302.

FÉDIDA, P. – “Sur le rapport mère-enfant dans le contre-transfert”. In: _____. *Crise et contre-transfert*. Paris: PUF, 1992. pp. 145 - 159.

FÉDIDA, P. – “Structure théorique du symptôme”. In: _____. *Crise et contre-transfert*. Paris: PUF, 1992. pp. 227-266

FÉDIDA, P. - *Nome, figura e memória. A linguagem na situação analítica*. Escuta. São Paulo: Escuta, 1992.

FERENCZI, S. (1912) - “O conceito de introjeção.” In: _____. - *Escritos Psicanalíticos. 1909-1933*. Org. Joel Birman. Rio de Janeiro: Taurus -Timbre, 1988. pp.61-63.

FERENCZI, S. (1913) “O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estádios” In: _____. *Escritos Psicanalíticos: 1909-1933*. Org. Joel Birman.. Rio de Janeiro: Taurus - Timbre, 1988. Pp. 74-88.

FERENCZI, S. (1933) - "Confusão de língua entre os adultos e as crianças." In: _____. *Escritos psicanalíticos: 1909-1933*. Org. Joel Birman.. Rio de Janeiro: Taurus - Timbre, 1988. pp. 347-356.

FERREIRA, A. B de H. (Ed.) **Novo Dicionário básico da língua portuguesa: folha/Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988. p. 544.

FIGUEREDO, L.C. "O caso limite e as sabotagens do prazer". In: _____. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: vol. III. nº2. Junho de 2000. pp. 61-87 .

FRÉJAVILLE, A. - "L'incapacité d'être seul (e) de l'hystérique. In: *Revue Française de psychanalyse. Encore l'hystérie*. Tome L. mai-juin 1986. pp. 979-988.

FREUD, S. (1893) - “Charcot”. In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 3ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995.vol. III. pp. 19-34.

FREUD, S. (1894) “As neuropsicoses de defesa”. In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 3ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol. III. pp.51-72.

FREUD, S. (1895 [1894]) - "Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada 'neurose de angústia'" In: _____. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 3ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol. III. pp. 89-118

FREUD, S. (1986) - "Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa". In: _____.- *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 3ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol. III. pp. 159-186.

FREUD, S. (1896) - "A hereditariedade e a etiologia das neuroses". In: _____.- *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol III. pp. 141-158.

FREUD, S. (1908) "Fantasias históricas e sua relação com a bissexualidade". In: _____.- *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol IX. pp.163-174

FREUD, S. (1909) "Análise de uma fobia em um menino de cinco anos". In: _____.- *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995 vol. X. pp. 13-136.

FREUD, S. (1895?) - "Rascunho G". in: Masson, J.M. *A Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess : 1887-1904*. Rio de Janeiro: Imago, 1986. pp 98-106.

FREUD, S. (1896) "A etiologia da histeria". In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol. III. pp. 187-218

FREUD, S. (1896) – Carta a Fliess. In: Masson, J.M. (Ed) – A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhem Fliess – 1887-1904. Rio de Janeiro: Imago, 1986. pp. 265-267.

FREUD, S. (1900) - "A interpretação dos sonhos". In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995.vol IV.

FREUD, S. (1905) -"Tratamento psíquico (ou anímico)". In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol.VII. pp. 297-320.

FREUD, S.(1905) - "Três ensaios sobre a sexualidade". In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol.VII. pp.129- 256.

FREUD, S. (1907 [1906])" Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen" In: _____.- *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995.. vol. IX. pp. 15-90.

FREUD, S.(1910) - "*Um tipo especial de escolha de objeto feita pelos homens. (contribuições à psicologia do amor I)*". In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol. XI. pp. 149-162

FREUD, S. (1913) - "Totem e tabu". In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol. XIII. pp. 17-198.

FREUD, S. (1915). "O instinto e suas vicissitudes". In:_____.- *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol. XIV. pp. 137-168.

FREUD, S. (1916) - "Conferências Introdutórias à Psicanálise: conferência XXII". In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

FREUD, S. (1917) - "Luto e melancolia". In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol. XIV. pp. 245-270.

FREUD, S. (1919) - "Uma criança é espancada: uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais". In: _____. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol. XVII. pp.193-220.

FREUD, S. (1920) - "Além do princípio do prazer". In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol. XVIII. pp. 13-78

FREUD, S. (1923) - "A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade". In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol. XIX. pp. 179-188

FREUD, S. (1923) - "O ego e o id". In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol. XIX. pp. 15-82.

FREUD, S. (1923) - "Uma neurose demoníaca do século XVII". In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol. XIX. p. 91-138

FREUD, S. (1924) – “A dissolução do complexo de Édipo”. In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol. XIX. pp. 217-228.

FREUD, S. (1924 [1923]) - “Neurose e psicose”. In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol. XIX. pp. 189-198

FREUD, S. (1924) - “O problema econômico do masoquismo”. In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol. XIX pp. 175-190.

FREUD, S. (1925) – “Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos”. In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol. XIX. pp. 273-286.

FREUD, S. (1926) - “Inibições, sintomas e ansiedade”. In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol. XX. pp. 107-210

FREUD, S. (1931) - “Sexualidade feminina”. In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol. XXI. pp. 233-251.

FREUD, S. (1933 [1932]) - “Conferência XXXIII – Feminilidade”. In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol. XXII. pp.

FREUD, S. (1933 [1934]) - "Novas conferências introdutórias sobre psicanálise: conf. XXXII" In: _____. *ESB*. vol. XXII. pp. 85-112.

FREUD, S. (1937) - "Análise terminável e interminável" In: _____. - *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Edição Standart Brasileira. Comentários e notas de James Strachey. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1995. vol. XXIII. pp. 225-270.

GARCIA-ROZA, L.A. - *Freud e o inconsciente*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

GREEN, A. - "Neurosis obsesiva e histeria. Sus relaciones em Freud y desde entonces. Estudio clínico, crítico y estructural." In: Jorge J. Saurí (comp.) - *Las histerias*. Tradução Laura Quinteros. Buenos Aires: Nueva Visión., 1991. pp. 321-364

GREEN, A. - "Hystérie et états limites: chiasme". In: *Monographies de psychanalyse – Hystérie*. Sob a direção de Annick Le Guen, Annie Anargyros et Claude Janin. Paris: PUF, 2000. pp. 139-162.

GREEN, A. - "Genèse des états limites" In: André, J. (dir) - *Les états limites*. Paris, PUF, 1999. pp. 23-68

GUYOMARD, P. Entrevista concedida para a preparação do V Congresso de Psicopatologia Fundamental e vinculada na internet. agosto/2000.

HAMON M-C - *Féminité mascarade*. Paris: Seuil, 1994. 334 p.

HORNEY, K. - *Feminine Psychology*. New York: W.W. Norton, 1967.

HUMERY, R. - "La problématique du cas singulier." In: Bourguignon, O. & Bydlowsky, M. *La recherche clinique em psychopathologie. Perspectives critiques*. Paris: PUF, 1995. Collection Le fil rouge. pp. 69-92

IRIGARAY, L.(1974) - *Speculum de l'autre femme*. Paris: Les éditions de minuit, 1974.

ISRAËL, L. *L'hystérique, le sexe et le médecin*. 10ª ed. Paris: Masson, 1976.

KAUFMANN, P. (ed.) - *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro, Zahar, 1996. 785 p.

KHAN, M. - "O rancor da histérica". In: Berlinck, M.T. (org). - *Histeria*. São Paulo: Escuta, 1997. (Coleção Biblioteca de Psicopatologia Fundamental). pp.49-59

KIRMAYER, L. J. & SANTHANAM, R. - "The antropology of hysteria". In:HALLIGAN, P. & BASS, C. (Eds) - *Conversion disorder*. Oxford: Oxford University Press, no prelo. (2000)

KLEIN, M. (1928) - "Les stades précoces du conflit oedipien". In:_____. *Essais de psychanalyse. 1921-1945*. Paris: Payot, 1998. Science de l'homme Payot. pp. 229-241.

KRISTEVA, J. - *Sol Negro: depressão e melancolia*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Rocco, 1989.

KUHN, T. – *La structure des révolutions scientifiques*. Paris: Flammarion, 1972.

LA BELLE AU BOIS DORMANT. Paris: Éditions Gründ, 1999. Collection Le petit théâtre.

LACAN, J. (1957-1958) - *Les formations de l'inconscient 1957-1958*. Le séminaire de Jacques Lacan texte établie par Jacques-Alain Miller. Paris: Éditions du seuil. 1998. 518 p.

LACAN, J. (1958) - "A direção do tratamento e os princípios do seu poder". In:_____. *Escritos*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. pp. 591-652

LACAN, J. (1949) - " O estágio do espelho como formador da função do eu." In:_____. *Escritos*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. pp. 96-103

LACAN, J. (1957)- "A psicanálise e seu ensino." In: _____. *Escritos*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. pp. 438-460.

LACAN, J. (1960) - "Subversão do sujeito e dialética do desejo" In:_____. *Escritos*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. pp. 793-842.

- LACAN, J (1972-1973) - *Encore*. Seminário XX. Paris: Seuil, 1975. 133 p.
- LAMBOTTE, M.C. - "Melancolia". In: Kaufmann, P. (editor).- *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. pp. 325-330.
- LAMBOTTE, M. C - *O discurso melancólico: da fenomenologia à metapsicologia*. Tradução Sandra Felgueiras. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997. 549 p.
- LAPLANCHE, J. - *Novos fundamentos para a psicanálise*. Tradução Cláudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 1992. Col. Estante de psicanálise. 174 p.
- LAPLANCHE, J. - "Panel on 'hysteria today' ". - *Int. J. Psycho-Anal.* 55; 459-469. 1974.
- LAPLANCHE, J. et Pontalis, J.-B. - *Vocabulário de psicanálise*. Santos: Martins Fontes, 1979. 5ª ed. p. 120.
- LASÈGUE, C. (1873) – “Da anorexia histérica.” in: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo.vol. I – n.º 3 – setembro de 1998 . p. 158. Artigo publicado em 1873 nos *Archives Générales de Médecine*. Apresentação à Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental por Costa Pereira, M.E.
- LASÈGUE, C. - *Écrits psychiatriques*. Toulouse: Privat, 1971.
- LISPECTOR, C. (1969) - *Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998. 155 p.
- MASSON, J. M. (Ed) - *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhem Fliess (1887-1904)*. Rio de Janeiro: Imago, 1986. P.271.
- MILLOT, C. – *Nobodaddy – a histeria no século*. Rio de Janeiro: Imago, 1989.
- NASIO, J.D – *Le livre de la douleur et de l'amour*. Paris: Payot, 1996. Collection Désir. 293 p.
- NASIO, J-D. - *A histeria: teoria clínica e psicanalítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991. (Coleção Transmissão da Psicanálise)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993. p. 149.

PEREIRA, M. E. C.- *Contribuição à psicopatologia dos ataques de pânico*. São Paulo: Lemos, 1997.

PEREIRA, M. - *Pânico e desamparo*. São Paulo: Escuta, 1999. 394 p.

PONTALIS, J-B. - "Sur la douleur (psychique)". In: _____. - *Entre le rêve et la douleur*. Saint-Amand, França: Gallimard, 1977.

POSTEL, J. & QUETEL, C. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Dunod, Paris, 1994.

QUEIROZ, E. - "O estatuto do caso clínico". Trabalho apresentado no ENCONTRO DOS ESTADOS GERAIS DA PSICANÁLISE. São Paulo: nov. 2001. No prelo para a publicação no Boletim Pulsional.

RICHARD, F. - *Psychothérapie des dépressions narcissiques*. Paris: PUF, 1989. 220 p.

RICHARD, F. - "Hystérie et traumatisme" in: André, J; Lanouzière, J et Richard, F. - *Problématiques de l'hystérie*. Paris: Dunod, 1999. Série Psychopathologie et psychanalyse. Dirigée par Catherine Chabert.

RIVIÈRE, J. (1929) - "La féminité em tant que mascarade" In: Hamon, M-C. - *Féminité mascarade*. Paris: Seuil, 1994. pp. 197-214.

ROUDINESCO, E. - *Pourquoi la psychanalyse?* Paris: Fayard, 1999.

SANTOS, G.C. & SILVA A.I.P. - *Normas para referências bibliográficas: conceitos básicos (NBR-6023/ABNT-1989)*. Campinas, SP: Unicamp/FE, 1995.

SCHAEFFER, J. - *Le refus du féminin (La sphinge et son âme em peine)*. Paris: PUF, 1997. 237 p.

SOLLER, C. - "Un plus de mélancolie" In: *La cause freudienne. Revue de psychanalyse*. - *Silhouettes du déprimé*. Paris: ACF, 1997 n° 35. pp. 88-99.

- SOLLER, C. - "A histérica e A Mulher" In: _____. - *Psicanálise na civilização*. Tradução: Vera Ribeiro e Manoel Motta. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1998.
- SOUZA LEITE, M. P. - "Diagnóstico, psicopatologia e psicanálise de orientação lacaniana" In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo. vol. IV. n.º 2. Junho de 2001. pp. 29-40.
- STELLA, F. e PEREIRA, M. E. C. - "*Crises não epilépticas psicogênicas*". p. 3. No prelo.
- STERN, A. - "Investigação psicanalítica e terapia do grupo de neuroses limítrofes". In: _____. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo. vol. II. n.º 2. Junho de 1999. pp. 159-176.
- TRILLAT, E. - *História da histeria*. Tradução Patricia Porchat. São Paulo: Escuta, 1991. 290 p.
- VOLICH, R. "De uma dor que não pode ser duas" In: Berlinck, M. (org). - *Dor*. Escuta, São Paulo, 1999. Biblioteca de psicopatologia fundamental.
- WINNICOTT, D. (1945) - "Desenvolvimento emocional primitivo" In: _____. - *Da pediatria á psicanálise*. Rio de Janeiro: F. Alves. 1988. 3ª ed. 269-286.
- WINNICOTT, D. - (1951) - "Objetos transicionais e fenômenos transicionais". In: _____. - *Da pediatria á psicanálise*. . Rio de Janeiro: F. Alves. 1988. 3ª ed. pp. 389-408.
- WINNICOTT, D. (1956)- "A tendência anti-social". In: _____. *Privação e delinqüência*. Trad. Álvaro Cabral. Martins Fontes, São Paulo, 1987.
- WINNICOTT, D. W. (1958) - "A capacidade para estar só". In: _____. - *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Trad. Irineo C. S. Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 3ª ed. pp. 31-37.